



Den Socialpsykiatriske Relation

- et forsøg på en bestemmelse af dens
karakteristika og betingelser

Kandidatafhandling
Københavns Universitet
Institut for Psykologi

Allan Larsen


April 2002

Vejleder: Benny Karpatschof



Indholdsfortegnelse

Opgave	3
Resume	3
Forord	4
Kapitel 1. Indledning	5
1.1. Problem	8
1.2. Metode	10
Kapitel 2. Socialpsykiatri & Psykiatri	11
2.1. Definition og værdigrundlag for socialpsykiatrien	12
2.2. Historisk baggrund	13
2.3. Behandlingsparadigmer i psykiatriens historie	15
2.4. Familie, samfund og statsanstalterne	17
Kapitel 3. Relationsbærende kvaliteter i socialpsykiatrien – en nylig undersøgelse	19
3.1. Støtte- og kontaktpersonordningen	19
3.2. Undersøgelsens formål og udførelse	20
3.2.1. Formål	20
3.2.2. Udførelse	21
3.3. Undersøgelsens resultater	23
3.3.1. Kvantitative resultater	23
3.3.2. Kvalitative resultater	24
3.4. Undersøgelsens implikationer	28
Kapitel 4. Relationen i forgrunden – Person-Centered Approach i grundtræk	31
4.1. Carl R. Rogers placering i humanistisk psykologi	32
4.2. Rogers kernebetinger	33
4.3. Forandringsprocessen og personligt udbytte	35
4.4. Relationen og Person-Centered Approach	37



Kapitel 5. Relationsbetingelser	40
5.1. Holdning, personlighedstræk og kvalifikationer hos den socialpsykiatriske medarbejder	40
5.2. Organisatoriske og institutionelle betingelser.....	44
5.3. At blive en god hjælper	52
Kapitel 6. Behandlingstanken og dens betydning for den socialpsykiatriske relation.....	54
6.1. Diagnosen.....	55
6.1.1. Tre kernekritikpunkter af diagnosen	56
6.2. Klienten.....	63
6.2.1. Flere slags klienter	64
6.2.2. Graden af styring i en professionel relation.....	67
6.3. Behandling og behandleren.....	68
6.4. Den professionelle relation i socialpsykiatrien	73
Kapitel 7. Diskussion.....	77
7.1. Grænselandet mellem socialpsykiatri og distrikpsykiatri.....	77
7.2. Er socialpsykiatrien faktisk en psykiatri – og bør den være det?	80
7.3. Socialpsykiatriens selvforståelse som personlig væren – og ikke så meget andet.....	85
7.4. Kan terapeutiske erfaringer overføres på socialpsykiatrien?.....	87
7.5. Kan der opstilles principper for person-centreret hjælp i socialpsykiatrien?	91
7.6. 'Love is all you need'?	94
Kapitel 8. Konklusion	96
Kapitel 9. Perspektivering.....	101
Kapitel 10. Evaluering.....	103
Kapitel 11. Abstract.....	106
Kapitel 12. Litteratur.....	107

Opgave

Ud fra egne praktiske erfaringer i socialpsykiatrien, bl.a. med støtte- og kontaktperson-ordningen og døgnrådgivning for sindslidende, og ud fra en række teoretiske grundbegreber fra behandlings- og personlighedspsykologien søges en bestemmelse af den særlige relation mellem bruger og behandler og betingelserne for at denne relation udvikles.

Resume

Der indledes med en grundlagsbeskrivelse af socialpsykiatriens historiske rødder i psykiatrien og en definatorisk afklaring af socialpsykiatriens målsætning og værdigrundlag.

Det empiriske grundlag for det videre arbejde med en bestemmelse af den socialpsykiatriske relation bygges først og fremmest på en nylig brugertilfredshedsundersøgelse af støtte- og kontaktperson-ordningen i Københavns Kommune, der henfører til nogle centrale kvaliteter ved den socialpsykiatriske relation. Udover brugertilfredshedsundersøgelsen inddrages nylig forskning i 'recovery'; en proces, hvor svært skizofrene, der er kommet sig, har vurderet de væsentligste virksomme elementer i processen.

Disse relationelle kvaliteter bliver begrebsafklarende forholdt med den person-centrerede forholdemådes syn på relationens betydning for betingelserne for vækst. I samme forbindelse undersøges nogle væsentlige betingelser for hjælpe-relationens virke, med overvejelser over den specielle form for professionalisme, der er nødvendig i socialpsykiatrien.

Desuden inddrages litteratur vedrørende både psykiatrien og socialpsykiatrien, specielt med henblik på en kritisk gennemgang af centrale behandlingsrelaterede begreber, her iblandt klientbegrebet, behandlingstanken, diagnosen og professionalismeopfattelsen.

Det konkluderes, at den person-centrerede forholdemåde, selv med sit afsæt i terapeutisk praksis, kan overføres på den socialpsykiatriske relation, og i generaliseret form kan støtte socialpsykiatrien hen imod en egentlig begrebsdannelse og selvforståelse; en basisteori, hvor aftrykket fra behandlingspsykiatrien terminalt kan kuperes, for derved at overvinde socialpsykiatriens paradoks som en psykiatri, der ikke er en psykiatri. Der peges endvidere på de vanskeligheder som socialpsykiatriens praksisbundethed og mangel på en basisteori medfører for arbejdet med en bestemmelse af feltet.

Endelig peges der på løsningsforslag til at overkomme problemet om samtidig mangfoldighed og entydig forståelse af grundlaget for socialpsykiatriens virke – for den særlige socialpsykiatriske relation – hvor opbyggelse af støttesystemer for støttepersonerne pga. uautentiske relationsformer minimeres og erstattes af egentlig autentiske relationskvaliteter.

Forord

De af mine erfaringer, jeg adskillige gange vil henvise til i denne opgave, er høstet gennem to primære kilder: min deltagelse gennem to semestre i en eksistentielt/person-centreret 'encountergruppe' på Københavns Universitet og gennem mit arbejde siden min praktiktid i Støtte- og KontaktCentret, et gratis, anonymt, socialpsykiatrisk tilbud under Københavns Kommune, de sidste 3 år som konventionelt lønnet fuldtidsmedarbejder.

Jeg har overvejet, om det i det hele taget er muligt at 'lokalisere' erfaringernes oprindelse, men må acceptere, at den samlede erfaringspulje og den mangfoldighed af måder den konstant aktualiserer sig på må være lokaliseringsgrund nok. Derfor er det ikke entydigt, når mine opfat- telser af socialpsykiatrien – og hjælpearbejde i øvrigt – bliver inddraget i dette arbejde; alligevel oplever jeg gang på gang at jeg trækker på de erkendelser, jeg har gjort mig gennem encoun- tergruppen og i Støtte- og KontaktCentret.

Det er vigtigt for mig at nævne disse to kilder: i specialet vil den gennemgående linje være at finde i et eksistentielt og humanistisk psykologisk grundlag at forme socialpsykiatrien ud fra i fremtiden. Jeg har ikke forsøgt at skjule denne grundholdning, men håber naturligvis, at jeg har været sober og videnskabelig nok i fremlæggelsen til, at læseren selv kan vurdere perspektiver- ne og erkende sit.

Det har under alle omstændigheder været en meget lærerig proces at skulle forholde sig nøg- ternt til nogle grundlag, der lige så meget er integreret i mit eget liv som person og professionel, som det er et psykologisk teorifelt.

Det er derfor ingen hemmelighed, at specialet bærer præg af at jeg ønsker at bidrage til at ud- vikle det praksisfelt jeg til daglig arbejder i og at jeg ønsker, at denne udvikling skal ske i en retning, der er kongruent med de livsholdninger af eksistentiel og person-centreret karakter, som jeg i øvrigt opfatter og oplever som vigtige for mig og som jeg oplever, indirekte bliver positivt understøttet af de hjælpsøgende mennesker, jeg møder i Støtte- og KontaktCentret.

Det har været en lærerig oplevelse at forsøge at holde den videnskabelige fremstilling intakt samtidig med at forsøge at transformere ovennævnte ønsker og livsholdning ind i en fornuftig sammenhæng. Om transformationen er lykkedes må læseren selv vurdere.

Kapitel 1. Indledning

Ordet relation er latinsk, *'relatio'*, betyder 'henførelse' og betegner en forbindelse eller et forhold. Et forhold til noget – eller nogen.

Det relationelle – eller interpersonelle – aspekt rummes i enhver menneskelig handling. Relationen som psykologisk fænomen er derfor også i psykologisk litteratur en størrelse, der ofte behandles mere eller mindre implicit i diverse forklædninger i psykologiske teorier. Relationen 'i-sig-selv'; det mellemmenneskelige møde, både i direkte og indirekte form, forbliver derfor et vanskeligt psykologisk fænomen at begribe, idet relationen optræder i alle menneskelige møder og – som andre psykologiske fænomener – kun indirekte lader sig undersøge, fx. gennem menneskelige handlinger, tanker og følelser.

Under ét er 'relationen' et overordnet fænomen, der rummer al interpersonel aktivitet og kan for så vidt anskues ud fra både biologiske, sociologiske, filosofiske og psykologiske perspektiver.

Som skrevet før, rummes det relationelle i stort set enhver menneskelig handling; det er faktisk svært at komme i tanke om en handling, der ikke, i det mindste indirekte, er relationel. Menneskets massive praksis af socialitet gennem historien levner vel næppe tvivl herom.

Mennesket set som et relationelt væsen udtrykkes måske stærkest i Bubers kendte læresætning om livets to grundord: at mennesket kan være i et Jeg-Det forhold eller i et Jeg-Du forhold til verden:

"Der findes intet Jeg i sig selv, men kun Jeg'et i grundordet Jeg-Du og Jeg'et i grundordet Jeg-Det".

(Buber, 1997, s. 22)

De to centrale forhold for Buber, fraværet og mødet, betegnet som Jeg-Det forholdet og Jeg-Du forholdet, som grundvilkår i menneskets eksistens, viser hen til det relationelles kolossale betydning i alle menneskelige forhold. Faktisk anerkender Buber ikke eksistensen af et Jeg i sig selv, men foretager distinktionen mellem Jeg-Det grundordet som en objektverdensrelation og Jeg-Du grundordet som en subjektverdensrelation; det eneste *virkelige* forhold.

Det er måske lige lovlig høje krav - og ikke helt i snor med psykiatrisk praksisopfattelse - at stille til socialarbejderen eller psykiatrimedarbejderen på afdelingen, at de skal ophæve sig selv og blive grænseløse i mødet med patienten, men Bubers fordring om at menneskets møde som en Jeg-Du relation henviser til det terapeutiske tema om 'det ægte møde' og om graden af personlig involvering i for så vidt alle relationer i behandlingsindustrien. Og som sådan, set som en ideel fordring på et alment plan, er der intet forkert i at forsøge at møde ethvert medmenneske i et Jeg-Du forhold.

Mere specifikt kan relationsbegrebet bruges til at se på, hvad der sker i forskellige menneskelige møder. Dette er tilfældet i denne fremstilling, hvor det er relationens karakters specifikke be-

tydning for en hjælperelation i en relativt afgrænset kontekst, socialpsykiatrien, der forsøges beskrevet.

Denne afgrænsning gør det dog ikke uden videre meget nemmere at beskrive relationens karakteristika, for det definerer stadig ikke relationen 'i-sig-selv'. Men det giver arbejdet nogle spille-regler og nogle rammer at holde sig til og en konkret virkelighed at se relationens udfoldelse i. Man kunne måske kalde dette niveau for 'relationens arbejdsbetingelser'.

Denne konkrete virkelighed – socialpsykiatrien – er ikke særlig velafgrænset og nem at bestemme. Socialpsykiatrien antager mange skikkelser i Danmark og kan derfor ikke, hverken metodemæssigt eller teoretisk, uden videre tages for givet. Socialpsykiatrien bærer et paradoks, hvis den forstås som en gren af behandlingsparadigmet, fordi den tilhører socialområdet og dermed adskiller sig væsentligt fra sundhedsområdet, hvilket placerer den nærmere et humanistisk paradigme end et naturvidenskabeligt, som psykiatrien ellers tilhører, både i metode (diagnosticering) og i teori (lægeligt speciale, sygdomsforståelse, neurologi, mv.). Paradokset der ligger indbygget i socialpsykiatrien, er, at den kan opfattes som en behandlingsrelateret institution, der i sit grundlag nærmest er anti-behandlende, eller i hvert fald opfatter sig selv som ikke-behandlende i konventionel forstand. I forbindelse med en kommentar til forskningsstatus i Danmark, skriver Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP) imidlertid:

"Socialpsykiatri, forstået som et særligt psykiatrisk genstandsfelt eller forskningsområde med inddragelse af sociologisk og demografisk viden..."

(VISP, 2000a, s.186)

Socialpsykiatrien kan altså forstås som et særligt psykiatrisk genstandsfelt på trods af en åbenlys mangel på tilknytning til den øvrige psykiatri – en tilknytning der i øvrigt i disse tider, på godt og ondt, ser ud til at foregå, bl.a. med forsøgsordninger med 'Opsøgende Psykoseteams'. Man kan derfor sige, at socialpsykiatrien som system befinder sig i en ejendommelig situation af mere eller mindre åbenlyse modsætninger, hvoraf nogle direkte er indbygget i konceptet om en 'ikke-behandlende psykiatri'. Andre er mere subtile og drejer sig om holdningsmæssige og ideologiske opfattelser af, på hvilket grundlag socialpsykiatrien bør forstås.

'Den socialpsykiatriske relation', for nu at fastholde temaet for denne afhandling, tager sit ud-spring i ønsket om at fange den særlige relation, der findes i det socialpsykiatriske arbejde mellem bruger og medarbejder. I andre, psykologiske og psykiatriske, termer ville denne relation hedde klient-terapeut eller patient-behandler relationen.

Den socialpsykiatriske relation er, som sagt, speciel i denne sammenligning fordi den ikke har en behandlingsdimension, men en kontakt- og relationsdimension som sit centrale arbejdsfokus. Og dog; kan man med rette frasige socialpsykiatrien enhver form for behandlingsdimension? De involverede medarbejdere må vel have et mål med deres arbejde? Og hvis målet er 'kontakt' og 'relation', hvad vil det så sige?

Den socialpsykiatriske relation kan forstås som en underkategori af, hvad man almenpsykologisk kan kalde den 'psykologiske relation', forstået på linie med den ovenfor nævnte klient-terapeut relation. Måske viser den socialpsykiatriske relation sig at bryde med de mere velbeskrevne og konventionelle relationsformer i psykologiens praksisfelt, men indtil videre opfattes den som den nævnte underkategori. Det kommer formodentlig an på, hvordan man definerer behandlings-, terapi- og hjælpebegrebet.

Det næste niveau i afgrænsningen er naturligvis selve mødet mellem mennesker. Hvad er det der sker i hjælperelationen? Hvad er det der 'virker' – eller ikke 'virker'? Og hvorfor? Hvorledes adskiller den socialpsykiatriske relation sig fra fx. den psykoterapeutiske eller den hospitalpsykiatriske behandling?

Det vil ikke være målet her at komme med endelige konklusioner, men at transformere eksisterende psykologisk viden ind i et relativt ubeskrevet anvendt-psykologisk praksisfelt. Optimistisk set, så sprudler socialpsykiatrien i øjeblikket nærmest af villighed til at lade sig undersøge og sulter efter nogle teoretiske, metodemæssige og begrebslige overvejelser at reflektere sig i, så ethvert forsøg på en nærmere bestemmelse af socialpsykiatriens virksomme kvaliteter er kærkomment. Denne taknemmelighed skal dog ikke forklejne et sådan transformerende forsøg som dette; det skal blot understreges, at arbejdet med at beskrive og udvikle metoder for socialpsykiatrien bærer præg af pionerarbejde og derfor stadig famler i halvmørke efter de rette begreber og forståelsesformer til en adækvat beskrivelse af feltet.

Der findes stort set ikke den psykologiske teoretiker, der ikke berører relationen. Derfor kan det være svært at se, hvor afgrænsningen mellem dem skal gå og med hvilket argument. Der er imidlertid et parameter man kan opstille, idet de forskellige psykologiske teorier vægter relationen forskelligt i betydningen for terapi og personlighedsforandring.

Således kan man med henvisning til Hougaard (1996) sige, at den humanistisk psykologiske tradition i høj grad har relationen 'i-sig-selv' i absolut forgrund og med stor kurativ vægtning for terapien, mens den behavioristisk-kognitive skole har terapeutens teknik i forgrunden og relationen i baggrunden. Psykoanalysen kan måske siges at befinde sig et sted imellem disse, afhængig af observans.

Holder man sig denne noget grovkornede opdeling op i lyset sammen med den nævnte søgen efter de rette begreber til beskrivelsen af socialpsykiatrien, viser det sig, at der faktisk findes en teori, der indeholder både psykologisk-teoretiske, empiriske og begrebsmæssige rammer til at kunne indfange essensen af det socialpsykiatriske arbejdsfelt. Det drejer sig om Person-Centered Approach (PCA)¹, som den er udformet af Carl Rogers.

PCA er valgt fordi den dels, som en af humanistisk psykologis mest markante skoler vægter det relationelles betydning for både terapi og almenmenneskelig interaktion og dermed også betydningen for barnets opvækst og de deraf følgende implikationer. Man kan sige, at Rogers udviklingsteoretisk, personlighedspsykologisk og terapeutisk er meget kongruent i sin opfattelse og derfor velegnet til at rumme flest facetter i belystningen af det relationelle.

Den anden årsag til valget er, at det felt, der skal beskrives; socialpsykiatrien (støtte- og kontaktperson-ordningen, socialpsykiatrisk rådgivning mv.), i forvejen læner sig op ad Rogers opfattelse, uden at være eksplicit erklæret person-centreret. Det vil lette begrebsliggørelsen meget at anvende teori på et felt, der er modtageligt for begreberne. For eksempel ville en behavioristisk teori være uegnet til en beskrivelse af et praksisfelt, der i sit grundlag indeholder meget få behavioristiske træk.

¹ Almindeligvis betegnet 'Client-Centered Therapy'. 'Person-Centered Approach' er Rogers egen betegnelse, som han ændrede CCT til. PCA transcenderer det snævre terapibegreb og fanger den bredere anvendelse, teorien har fået og denne betegnelse vil derfor konsekvent blive anvendt her.

Det, at PCA besidder begrebsmæssige rammer, der tilnærmelsesvis rummer det socialpsykiatriske arbejdsfelt giver den fordel, at det nemmere vil kunne lade sig gøre at almengøre denne teori i beskrivelsen af den socialpsykiatriske relation og dermed tydeliggøre billedet af relationen. PCA er tilmed dén af humanistisk psykologiske skoler, der vægter relationen og dens betydning for personlighedsforandring højest, idet Rogers frasagde sig alt, der blot kunne ligne terapeutiske teknikker i sit arbejde, og i stedet koncentrerede sig om netop det relationelle; om relationens facilitative betydning for succes i terapien. Ansvar for terapiens 'succes', forstået som personlighedsforandring i overensstemmelse med klientens person og personlige udviklingsønsker, placeres af Rogers som terapeutens evne til at facilitere et miljø på nogle bestemte præmisser, hvor relationen derfor bliver altafgørende for terapiens forløb.

Som vi skal se, ligner denne indfaldsvinkel i forbløffende grad den praksis, jeg selv kender fra både støtte- og kontaktpersonordningen og den psykologiske rådgivning: at hjælpepersonen med sig, først og fremmest, har sin person og dernæst sin eventuelle specielle faglighed. Ikke omvendt.

Der forekommer dermed en underfundig dobbelthed, fordi socialpsykiatrien både er noget særligt og noget ganske almindeligt. Dette 'almindelige' kan nemt affejes som uprofessionelt, hvis det ikke forstås i nogle teoretiske rammer og med empirisk støtte og det stiller naturligvis spørgsmål ved 'professionalismen' i sådanne hjælperelationer, set ud fra en konventionel behandlingstankegang; kan klejnsmeden virkelig kvalitativt medvirke til at hjælpe en sindslidende og vil hjælpen ikke blot være på niveau med en besøgsven eller en god kammerat?!

En god del af dette speciale vil bestå i afklaringer og overvejelser af traditionelle opfattelsers møde med den eksistentielle/person-centrerede virkelighed, der efter min overbevisning bør tegne fremtidens socialpsykiatri og måske også fremtidens psykiatri i det hele taget.

Kunne det tænkes, at socialpsykiatrien ved at behandle disse spørgsmål i spændingsfeltet mellem konventionel psykiatri og socialpsykiatri baner vej for en ny form for professionalisme? Hvad er dens særlige kvaliteter? Hvad er det særlige ved den socialpsykiatriske relation? Eller, i erkendelse af den vej der stadig er at gå; hvad *bør* det særlige være ved den socialpsykiatriske relation?

1.1. Problem

Det er i sig selv et problem at bestemme den specielle eller særlige relation i socialpsykiatrien, fordi det meste empiri og teori er lavet enten i psykoterapeutiske sammenhængsforståelser og/eller i forbindelse med psykiatrisk behandling, fx. med fokus på patologi og 'relationsbehandling', det sidste, som man hyppigt støder på, specielt i forbindelse med plejepersonalets indsatsområde på psykiatriske afdelinger.

Når relationen og den empiri der findes derfor søges bestemt, vil det være nødvendigt at forsøge at almengøre de betragtninger fra især den klinisk-terapeutisk psykologiske teori og praksis som findes. Den er til gengæld til at få øje på i landskabet.

Spørgsmålet er så, om denne generaliserbarhed holder? Den socialpsykiatriske relation er for det første ikke en konventionel behandlingsrelation, hvis den da er at betegne som en behand-

lingsrelation overhovedet, og for det andet ikke et primært terapibaseret praksisfelt, hvilket vanskeliggør generaliseringer fra fx. terapiforskningen.

Alligevel ser der ud til at være visse paralleller mellem i hvert fald nogle dele af psykoterapien og den socialpsykiatriske indsats. Det virker som om, at forholdet mellem de strategier, teknikker og personlige forholdemåder, man undersøger i psykoterapien kan generaliseres i forhold til socialpsykiatrien. Her kunne man forestille sig, at begrebet om 'den terapeutiske alliance', graden af personlig involvering, styring/ikke-styring-dilemmaet og professionalismediskussionen kunne være generelle temaer for alle former for hjælpearbejde, uanset settingsens karakter og habituelle bindinger.

Omvendt, og holdt op mod disse temaer, vil det være nødvendigt med en vis distinktion mellem de forskellige settings' muligheder og begrænsninger, så det hele ikke drukner i almengørelser, der i sidste ende slører og ikke fremhæver specialiteterne i de forskellige relationskonditioner.

Der er ydermere en tendens til, at effektforskningen støtter en vis eklektisk forbrødring mellem forskellige psykologiske skoler, der tidligere syntes noget skarpere adskilt. Her tænkes fortrinsvis på alliancebegrebets rummelighed af både traditionelle psykoanalytiske teknikker og person-centrerede kernebetænelser (Hougaard, 1996).

Det er mao. umuligt at undersøge den socialpsykiatriske relation som et isoleret fænomen, når relationsbegrebet som psykologisk fænomen er så dybt forankret i allerede eksisterende psykologiske teorier og dér har været underkastet så forholdsvis megen forskning.

Umiddelbart er der noget der tyder på, at udmeldingerne fra brugere af socialpsykiatrien, (se kapitel 3) groft sagt, svarer ganske godt overens med de resultater, man har fundet i psykoterapiforskningen. Der er således en vis konsensus om visse terapeutisk virksomme kvaliteter, mens man måske kritisk bør overveje en given generalisering i forhold til de settings, som kvaliteterne udfolder sig i.

På trods af denne tilsyneladende konsensus, viser der sig modsat nogle forholdemåder, der kontraherer med psykoterapiforskningens resultater. Dette giver sig udtryk i forskellige opfattelser af sindslidelse, og rummes for så vidt i selve behandlingsbegrebet, i opfattelsen af 'klienten', diagnosens psykopatologiseringstendens og indbyggede reduktionisme og i opfattelsen af, hvad professionalisme er.

Så selvom disse begreber eller temaer netop kan diskuteres som de måske mest generaliserbare, så betyder det ikke, at de så også bliver opfattet på samme måde, når man bevæger sig rundt i behandlingslandskabet. Det betyder blot, at de er overordnede, fælles temaer for alle terapeutiske indfaldsvinkler og derfor bedre kan stå for nogle komparative undersøgelser, fx. mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien og visse psykologiske skoler. Det handler om begrebsmæssige paradokser og må på længere sigt løses gennem definitionsanalyser og mere fænomenologisk rettede undersøgelser.

Man kan også se situationen sådan, at den socialpsykiatriske relation naturligvis ikke giver sig selv – kun i sammenligning med andre måder at opfatte relationen på træder det måske tydeligere frem, hvad det særlige i denne relationsform egentlig er.

1.2. Metode

Metodisk er derfor valgt en præsentation af praksisfeltet i **kapitel 2** og en præcisering af dets paradigmatisk rødder i psykiatrien. Gennemgangen intenderer at vise nogle sider af den basisteori, der har dannet grundlag for socialpsykiatriens opståen.

Dernæst præsenteres i **kapitel 3** en brugertilfredshedsundersøgelse af støtte- og kontaktpersonordningen (SKP-ordningen) i Københavns Kommune. Undersøgelsen henviser til nogle kvaliteter hos støtte- og kontaktpersonerne, der af brugere af ordningen vurderes som givende. Empirien danner grundlag for det videre arbejde med en bestemmelse af relationens betingelser i socialpsykiatrien og giver i sig selv et svar på indholdet af relationen mellem bruger og SKP.

Den teoretiske referenceramme som relationen ses i, præsenteres i **kapitel 4** gennem Rogers teoriretning (Person-Centered Approach, PCA). Denne teori danner grundlag for arbejdet med relationens betingelser og en forståelsessammenhæng af hjælpearbejde generelt.

I **kapitel 5** tages hul på en egentlig bestemmelse af relationsbetingelser for det socialpsykiatriske felt. Således er valgt at fokusere på hjælperens holdning, personlighed og kvalifikationer, samt de organisatoriske og institutionelle betingelser for relationens muligheder der eksisterer.

Kapitel 6 arbejder med nogle centrale begreber i forbindelse med hele behandlingskonceptet; klientbegrebet, diagnosen, behandlingsideen og professionalismeopfattelsen. Begreber der synes centrale i den udstrækning, at de øver indflydelse på socialpsykiatrien med stærke rødder i psykiatrien og i konventionelle opfattelser af hjælpearbejde – opfattelser, socialpsykiatrien synes at brydes med i sin stræben efter at finde sine egne ben.

I **kapitel 7** diskuteres nogle værdigrundlag for hhv. behandlingspsykiatrien (hospitals- og distriktskykiatrien) og socialpsykiatrien på baggrund af empirien, person-centered approach og de i kapitel 6 præsenterede begreber. Kapitlet beskæftiger sig med en differentiering af de to paradigmer – behandlings- og socialpsykiatrien – og rækker desuden frem mod en forståelse af socialpsykiatrien som en mere rendyrket humanistisk disciplin, i sit grundlag distanceret fra behandlingspsykiatrien.

Endelig drages konklusioner af arbejdet og dette perspektiveres i forhold til fremtidens psykiatri.

Kapitel 2. Socialpsykiatri & Psykiatri

Socialpsykiatrien i Danmark² er en nyere foreteelse, der stadig træder sine relativt usikre skridt, både mht. metode, teori og praksis. Faktisk er socialpsykiatrien så ateoretisk, sammenlignet med psykiatrien, at man kan undre sig over, at så få for alvor indtil nu har gjort nogle forsøg på at fange essensen af dette arbejdsfelts relationelle muligheder og begrænsninger, med B. Karpatschofs nylige undersøgelse som en af undtagelserne (se kapitel 3). Et andet af de seneste forsøg på en metodebeskrivelse er leveret i Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP) samling af metodeindlæg fra forskellige forfattere, der også viser en stor bredde (og uenighed) i metodeovervejelserne (VISP, 2000b). Sammensætningen af indlæg antyder desuden også den rådvildhed, der hersker akademisk på området, hvilket er blevet påpeget tidligere (Brandt, 1996)³ og hvortil forslaget om "... at udvikle en fælles referenceramme for den socialpsykiatriske indsats" (Brandt, 1996, s. 97) er blevet stillet. En del af forklaringen skyldes naturligvis socialpsykiatriens unge alder, men begrebsligt og forankringsmæssigt står man altså generelt set stadig vakkende.

Der er dog en væsentlig faktor, der, på nær et enkelt indlæg af Susanne Bærentzen og Lena Kongsrud, springer i øjnene ved gennemlæsning af VISP's nævnte metodeantologi: den gennemgående forgrund for tænkningen om arbejdet med mennesker med en sindslidelse er fagligheden, teknikken; den konventionelle professionalisme. Ikke personen. Hjælperens person som et almenmenneskeligt 'redskab' forbliver underordnet metoden, skolen, teknikken, teamet, supervisionen; hele det professionelle støtteprogram for de professionelle er rullet i stilling for at kunne støtte den sindslidende og distancerer sig det fra autentiske. Det er ikke nogen utvetydig opløftende oplevelse at læse antologien, trods de mange gode viljer, hvis den karakteriserer tænkningen hos de ypperste metodeudviklere i dansk socialpsykiatri. Denne diskussion følges op senere.

De seneste år er begreber som '*empowerment*', '*recovery*', '*community psychology*', '*community-based psychiatry*', mv. for alvor dukket op i det danske socialpsykiatriske landskab, måske som et udtryk for et ønske om at finde nogle begrebssammenhænge, der har en vis holdbarhedgaranti. Ofte viser begreberne sig imidlertid at have rødder i allerede kendte skitser og behandlingsindsatser. Således ligger dele af community-begrebet tæt op ad fx. distriktspsykiatriske tænkning, og det seneste skud på stammen i Danmark; '*Opsøgende Psykoseteams*', der for Københavns Kommunes vedkommende havde planer om at starte sit 2-årige forsøgsprojekt op engang i foråret 2002 (H:S Direktionen, 2001), er en mere eller mindre rendyrket kopi af den amerikanske model, ACT, '*Assertive Community Treatment*', som den amerikanske psykiater Loren Mosher i øvrigt ved et besøg i Danmark sidste år sammenlignede med en gammel amerikansk bil – blot fordi den var amerikansk var det efter hans mening ingen garanti for, at den så også var noget særligt værd (Mosher, 2001). Recovery-forståelsen er den eneste virkelig interessante, og den vender vi tilbage til.

² Socialpsykiatrien kan kort karakteriseres som sociale caféer, væresteder, rådgivninger, støtte- og kontaktpersonordninger, arbejdstørningsstilbud, botilbud/-fælleskaber, projektfomer, varmestuer, aktivitetscentre, daghøjskoler, osv., for ikke-indlagte sindslidende, oftest i offentligt regi (Brandt, 2000, Høgsbro, 2000).

³ Brandt, 1996, s. 97: "Det beskrives i rapporten [*Fra udstødning til deltagelse*], Krogstrup og Stenbak, 1993], at der ikke er noget klart teoretisk grundlag for det nye socialpsykiatriske arbejde."

Man kan diskutere, hvorvidt socialpsykiatrien nu også bør være særlig teoretisk forankret, i forståelsen at være teoretisk forankret i en bestemt teoriretning eller skole, som fx. psykodynamisk, kognitiv, systemisk, virksomhedsteoretisk, socialpsykologisk, etc., - om den ikke netop bør forblive uforankret fra en teoretisk retning indenfor psykologien, for derved at give et meget bredt udbud af tilbud til sindslidende medborgere. Der er en vis risiko for en begrænsning af hjælpen, hvis socialpsykiatrien får et 'officielt' tilhørsforhold til en bestemt psykologisk skole.

Omvendt stiller det socialpsykiatrien, som den tredjedel af psykiatrien der ligger udenfor hospitalsregi, noget svagt overfor kritik, hvis den uovervejede praktiserer uden nogen særlig refleksionsbaseret afklaring og risikerer i den politiske vægtning at blive indrullet i allerede eksisterende behandlingsregimer, hvor det særlige, de umistelige kvaliteter, som socialpsykiatrien har at byde på – mangfoldighed, ligeværdighed, tid og mange steder retten til anonymitet - risikerer at tabes på gulvet. Der er således overvejelser både for og imod en sådan teoriforankring og det er håbet, at kunne give et bud på spørgsmålet senere i denne afhandling.

I det følgende vil socialpsykiatrien i Danmark blive beskrevet. Der vil indgå et definatorisk afsnit, en kort historisk gennemgang, ikke kun af socialpsykiatrien, men også af den historiske psykiatris paradigmer samt de værdinormer, der har gjort sig gældende.

Ydermere vil temaet om socialpsykiatriens uens grundlag og metodiske usikkerhed blive problematiseret, bl.a. på baggrund af disse afsnit, og i forhold til den øvrige psykiatri, som et oplæg til det videre arbejde med en diskussion af den nævnte person-centrerede forholdemåde som metodisk grundlag i socialpsykiatrien, idet det ikke uden videre kan forudsættes, at en metodisk enshed i socialpsykiatrien vil være givtig. Denne diskussion vil blive ført i kapitel 7.

2.1. Definition og værdigrundlag for socialpsykiatrien



Som udgangspunkt bringes der her en definition af socialpsykiatrien. Definitionen er fra Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP, 2000a).

I det følgende vil der blive henvist til denne definition og de følgende værdisætninger og de vil være gældende for de forskellige indfaldsvinkler, der måtte blive problematiseret. Da de er udformet af Videnscenter for Socialpsykiatri, der er en selvejende institution under Socialministeriet, må vi tage det følgende som udtryk for den generelle og aktuelt politisk officielle opfattelse af socialpsykiatrien og dermed som det udgangspunkt, som også den politiske dagsorden afspejler.

"Socialpsykiatri er den sociale indsats som ydes for at støtte mennesker der som følge af en sindslidelse ikke kan få opfyldt deres grundlæggende sociale rettigheder i de almindelige sociale tilbud."

(VISP, 2000a, s. 40)

Og videre – i punktform – hvad der er centralt i socialpsykiatrien netop nu:

-  At støtte den sindslidende til at få opfyldt sine sociale rettigheder
-  At støtte den sindslidende til at få et hverdagsliv som fungerer så sammenhængende og hensigtsmæssigt som muligt

- ✚ At omdrejningspunktet i denne støtte er kontakten mellem bruger og medarbejder, idet der er tale om en fælles opgave
- ✚ At indsatsen kræver et koordineret samarbejde med andre sektorer, herunder de psykiatriske behandlingstilbud

(VISP, 2000a, s. 40)

Desuden beskrives socialpsykiatriens værdigrundlag som følgende:

”Mennesket er af natur socialt og tilstræber at indgå i meningsfyldte relationer med andre mennesker.

De sociale og psykiske funktionsnedsættelser der er en følge af psykisk sygdom, handicapper den sindslidende med hensyn til at indgå i meningsfyldte relationer til andre mennesker.

Dette skaber en eksistentiel modsætning for den sindslidende, der kan føre til isolation og følelse af blandt andet angst og ensomhed.

Mennesker med en sindslidelse er som udgangspunkt i stand til at træffe beslutninger om eget liv.”

(VISP, 2000a, s. 42)

Der udover lægges der vægt på nogle 'Kierkegaard'ske' aspekter, såsom at møde den sindslidende der, hvor vedkommende er, at tilbudene skal hvile på de ønsker og behov, som brugerne selv formulerer, hjælp til selvhjælp og ikke mindst den interessante detalje, at brugeren bør være med til at ansætte medarbejdere. Den sidste 'detalje' spiller en ikke uvæsentlig rolle i den brugerevalueringundersøgelse, der vil blive gennemgået i kapitel 3, hvor grundlaget for støtte- og kontaktperson-ordningen er baseret på et 'ansættelsesforhold' mellem bruger og støtte- og kontaktperson.⁴

Princippet for socialpsykiatrien må siges at bygge på en høj grad af respekt for den enkelte sindslidende og en fokusering på kontakt-aspektet i retning af en grundlæggende humanistisk-eksistentiel holdning, om end begreber af naturvidenskabeligt islæt, såsom 'psykisk syg', 'handicapper den sindslidende' og 'funktionsnedsættelse' har sneget sig ind og nok kunne have været valgt med større omhu.

Om ikke andet understreger disse begreber paradokset i socialpsykiatrien; slægtskabet med hospitalspsykiatrien og det naturvidenskabelige paradigme fornægter sig ikke på trods af en høj grad af humanistisk velvilje.

2.2. Historisk baggrund

Begrebet 'socialpsykiatri' dukkede for alvor op i Danmark omkring 1990 som samlebegreb for den sociale indsats for ikke-indlagte sindslidende (Hegland, 1998)⁵. Allerede i 1991 blev begre-

⁴ Denne praksis har i øvrigt været anvendt i Støtte- og KontaktCentret siden starten i 1993.

⁵ 'Social Psychiatry' er dog anvendt siden 1960'erne (Maxwell Jones, 1971) og er altså ikke, som nævnt af Dybvad Larsen i Larsen, et al., (2000) noget nyt begreb, kun danskerne anvender.

bet 'officielt' i forbindelse med Folketingets vedtagelse om de sindslidendes sociale forhold, og nedsættelsen af Socialministeriets følgegruppe om socialpsykiatri (VISP, 2000a). Herefter følger i de kommende år en række præciseringer af socialpsykiatriens forskellige tilbud som en del af amters og kommuners social- og sundhedstilbud, forskelligt fordelt over landet under hhv. sundheds- eller socialektoren (VISP, 2000a).

Forud for socialpsykiatriens opståen ligger en lang række af historiske begivenheder indenfor psykiatrien, hvoraf der her skal uddrages nogle væsentlige knudepunkter. Det er ikke uvæsentligt at kigge på, i hvert fald noget af denne historiske udvikling, for der viser sig et – om end noget utydeligt – mønster ved læsningen.

Jeg vil af den grund i det følgende ridse de paradigmer op, som gennem historien gør sig gældende, for på den måde at perspektivere arbejdet, også vertikalt.

Den væsentlige del af psykiatriens centrale, historiske tema drejer sig om måden at forstå sindslidelser på og at afdække årsagerne til dem. Ud fra forståelsen af ætiologien er behandlingsparadigmer blevet født - behandling, der på forskellig vis har haft vældig indflydelse på både det enkelte menneske og det omgivende samfund.

Bagved al behandling ligger et ønske og et samfundsmæssigt behov for at hjælpe den sindslidende. Synspunktet her er det indlysende, at sygdomsforståelsen og menneskeopfattelsen determinerer behandlingen, hvad enten 'behandling' forstås i institutionel kontekst eller som en relationel forholdemåde. Dette gælder for alle paradigmatisk rammer, dvs. på både naturvidenskabeligt og humanistisk grundlag.

Det vigtigste i denne historiske opridsning er at vise, hvordan den skiftende opfattelse af sindslidelse gennem historien, både i Danmark og i Europa, har præget den forholdemåde, som de hjælpvise personer og institutioner har indtaget. Den skal vise flygtigheden i den psykiatriske videnskabshistorie; at den gældende, ofte moralsk baserede, opfattelse bestemmer, hvad der er godt og ondt; at hvad der i dag er rigtigt, kan i morgen være forkert. Den skal minde os om, i tider, hvor der fokuseres på genetikken som en væsentlig årsagsforklarer, at disse teorier, vi i dag baserer meget af behandlingen på, i morgen kan vise sig at være uholdbare og kunstige. Vi ved det ikke - kun tidens tandhjul kan måske knække nøden.

En anden pointe, der træder frem ved en historisk synsvinkel er spørgsmålet, om videnskaben rent faktisk har flyttet sig særlig meget! Nok er forståelsen af sindslidelse just blevet betegnet som relativt flygtig, og det er den også, men det ser ud som om vi i dag, med genetikken som adgangsnadver, nærmest som en historisk røgspiral er vendt tilbage til et tidligere udgangspunkt. Og det er nok så spændende. Det viser sig, at både den religiøse, genetiske, pædagogiske, sociale og psykologiske opfattelse af sindslidelse, og behandlingen deraf, har haft sine stunder. Der har endda været tanker, der mere end tilnærmelsesvis minder om en distriktspsykiatrisk model, tænkt for over hundrede år siden. Ligeledes foreslår Sofie Skotte i Danmark allerede omkring 1900-tallet en forståelse af sindslidelse som en kombination af det vi i dag ville kalde en forening af Laings 'antipsykiatri' (Laing, 2001) og 'Sätermodellen', som beskrevet af Barbro Sandin (Sandin, 1986). Gennem skrift, og agiteren for at skildre forholdene ved fotografering, mente Sofie Skotte, at der faktisk ikke fandtes virkelig gale. Essensen af hendes synspunkt var, at alle 'uforstæelige' handlinger af de såkaldt gale, kan forstås, hvis man ser dem i sammenhæng med de forhold disse mennesker lever under. Handlingerne er mao. symbolske.

Begge de nævnte forfatteres pointe handler om *forståelsen* af den anden, som mere end en intellektuel forståelse, dvs. som forståelsen af det uoverensstemmende selv, hjælperen møder hos den anden; som forståelsen af, at der er ræson i den såkaldt 'psykotiske' verden.

For Laings vedkommende drejer det sig specifikt om tanken om at forstå både psykosen og det alment-menneskelige på et eksistentielt-fænomenologisk grundlag, hvor opgøret med det generaliserende, diagnosticerende menneskesyn ligger ham på sinde. Bl.a. henviser han til den anvendte 'nedgørelsesterminologi', der generelt hæfter sig ved behandlerpraksis, fx. når patienten forstås ud fra fejl-parametre, hvilket vil sige ud fra det, vedkommende *ikke* er i stand til. I dag er den eksistentielt-fænomenologiske opfattelse måske ikke så fremmed længere, men som indædt modstander for opgøret med 'psykiatervældet' og den objektiviserende kultur, kommer man ikke uden om Laing.

Både Laing og Barbro Sandin har fået status som banebrydere indenfor psykoterapi med psykotiske mennesker, idet de begge, groft sagt, ser og arbejder ud fra psykosens muligheder og ikke dens begrænsninger. Det er imidlertid ikke formålet her at diskutere hverken Laings eller Sandins psykoterapimodeller, men blot gøre opmærksom på det interessante perspektiv på psykoterapiens udviklingstendenser, som historien kan gøre os opmærksom på, og derved hjælpe til at huske, at historien og videnskaben nok udvikler sig som en forfinelse gennem tiderne⁶, men ikke nødvendigvis i sit grundlag er epokegørende og bærer absolutte sandheder, uanset hvor overbevisende de bliver fremstillet og hvor effektiv informationsstrømmen end er i dag, i forhold til tidligere.

2.3. Behandlingsparadigmer i psykiatriens historie

Man kunne med Kelstrup (1983) lade galskabs-begrebet gå tilbage til den oldnordiske tid, eller man kan med Foucault (1971) foreslå, at sindssygdommen reelt ikke opstår før det 19. århundrede, og at foregående tiders opfattelse af galskab som besættelse i virkeligheden hører under religionshistorien og ikke psykologien. At behandle 'galskabens' problem med nutidens psykologiske videnskab før den reelt bliver det er ifølge Foucault en vildførelse. For Foucault kan man først tale om 'sindssygdommens historie' i det øjeblik man begynder at isolere de gale fra samfundet og institutionalisere feltet. Før den tid har der nok fandtes gale, men hvor de senere blev indespærret, var de førhen en del af dagliglivets samfund og ikke et videre adskilt problem, som det senere bliver.

"Dette fænomen [interneringen] har i dobbelt forstand været vigtigt for dannelsen af vor tids oplevelse af galskaben. For det første fordi galskaben forsvinder, efter så lang tid at have været synlig og snakkesalig, og efter så lang tid at have været til stede i horisonten. Den går ind i en tavs periode, som den først længe efter kommer ud af; den er berøvet sit sprog; og selvom man fortsat har kunnet tale om den, er det blevet umuligt for den at tale om sig selv."

(Foucault, 1971, s. 101.)

⁶ Inspireret af et Einstein-citat, i Emmy van Deurzen, 1999: "Hele videnskaben er ikke andet end en forfinelse af hverdagstænkningen ... Man kunne sige: "Verdens evige mysterium er dens altomfattende karakter"". Einstein, *Physics and Reality*, 290-2.

Ifølge Foucault finder galskaben først sit sprog igen med Freud, der gør det muligt atter at kommunikere mellem fornuften og ufornuften, om end på et skrøbeligt grundlag. (jvf. evt. parallellen til Kants begreber om den 'private logik' og den 'offentlige fornuft' som Kant ifølge Kelstrup (1983) foreslog som videnskabelig teoriforståelse af galskaben.).

Den anden betydning af 'vor tids oplevelse af galskaben' som Foucault indirekte refererer til, henviser til, at der i forbindelse med oprettelsen af de store interneringsanstalter ikke blev skelnet mellem gale og andre grupper af 'interneringstrængende', som fx. libertinere, folk med kønssygdomme og småforbrydere. Denne sammenblanding, som Kelstrup også nævner (1983, s. 65-66), medførte ifølge Foucault en yderligere forstærkning af den 'socialt-moralske skyldfølelse', der allerede eksisterede i de religiøst relaterede opfattelser af sindssyge eller gale, og som har hængt ved gennem de sidste århundreder.

Det er en utrolig spændende oplevelse at læse Kelstrups meget detaljerede beretninger om den 'psykiatriske' tradition helt tilbage fra oldtiden, gennem den romersk-katolske mission, over reformationen, industrialiseringen og videre op til 1980'erne, men jeg vil her følge Foucaults opfattelse af galskab som reelt løserevet fra religionen (men ikke dermed fra en socialt-moralsk baggrund) i forbindelse med interneringsperioden og de dertil hørende samfundsmæssige bevæggrunde. Om end Kelstrup opridses hele tidsperioden fra oldtiden, og om end det bestemt er 'underholdende' læsning, så støtter han indirekte Foucaults opfattelse; det viser sig gennem alle de foranliggende perioder, også ifølge Kelstrup, at være religionen og besættelsesideerne der dominerer.

Den 'videnskabelige' psykiatri opstår i forbindelse med interneringsperiodens overgang mellem den nævnte sammenblanding af mange grupper 'farlige' samfundsborgere i anstalterne og oprettelse af mere 'rene' interneringsanstalter, udelukkende for de gale (L. Karpatschof, 1980, Kelstrup, 1983, Foucault, 1971), men nu med en mere rendyrket lægevidenskabelig karakter. Selvom både Pinel i Frankrig og Reil i Tyskland bliver nævnt som store 'humane' reformatorer af anstalterne, med en vis social præference, viser det sig dog, at behandlingen stadig har rod i tidligere tiders afstraffelse og umyndiggørelse.

Før denne videnskabelige psykiatri slår igennem, har der været flere ansatser til forskellige paradigmatisk opfattelser af ætiologi og behandlingsmetoderne, som fortrinsvis Kelstrup nævner, idet han ridser historien op længere tilbage end både L. Karpatschof og Foucault gør.

En hurtig gennemgang viser, at man fra 800-tallets feudalsamfund (og kirkevælde) promoverer kampen mellem godt og ondt; mellem Gud og Djævelen (mellem behandler og patient?) med djævluddrivelse som behandlingsmetode.

Senere, omkring 1200-tallet, indikeres en lille åbning til det naturvidenskabelige paradigme, idet en munk skriver en 'lægebog', hvori nævnes behandling af galskab ved hjælp af urter, der genopretter legemets væskebalance. Homøopatiens indtog i Danmark skete altså her omkring.

Den protestantiske reformationens indtog i Danmark omkring 1535 psykologiserede i nogen grad galskaben; man fokuserede på den enkeltes *personlige* forhold til Gud, men bibeholdt samtidig djævluddrivelsesperspektivet. Spørgsmålet er, om man derved for alvor gjorde op med 'besættelsesideen', men vigtigt er det, at fokus nu kommer til at handle om den enkeltes indre liv på en personlig måde, hvor den før vel nærmest kan beskrives som en dyrets rasen mod det gode.

Op gennem 1700-tallet overtager lægerne i større grad ansvaret for behandlingen af de gale, men taber ikke det moralsk-religiøse tandsæt i første omgang. Det var i overvejende grad den generelle filosofi, at lægerne skulle nedbryde den gale (-s modstand) og genopbygge ham, indtil han kunne indordne sig den herskende moral og disciplin.

I England afløses det religiøse paradigme af en 'bio-social' opfattelse. Ikke mindst Conollys tiltræden i 1839 på Hanwell-anstalten, hvor han afskaffede 600(!) tvangsinstrumenter, gjorde, at synet på sindssygdomme ændredes til, at de var et udtryk for forstyrrelser i hjernen, opstået gennem ydre kropslige og sociale påvirkninger. Behandlingen bestod i ernæring, legemlig sundhed og fysisk og psykisk stimulation.

Pinel erstatter i Frankrig, i forbindelse med revolutionen, legemlig tvang med social-moralsk behandling, ud fra en række pædagogiske metoder, der bl.a. skal konfrontere den gale med sin egen galskab.

Siden bliver frenologien den førende videnskab indenfor galeområdet.

Først med Griesinger i Tyskland bliver 'psykiatrien' for alvor udfordret. Han tilslutter sig ikke-tvangssystemet og anlægger en dialektisk-materialistisk synsvinkel på galespørgsmålet. Han påpeger, at de disponerende faktorer er at finde i de sociale levebetingelser. Han ville have anstalterne ind i byerne igen, hvor behovet fandtes og "... *udøve en behandling i nær tilknytning til patientens daglige miljø*". (Kelstrup, 1983, s. 113). Uden absolut at forstå nutidens distriktspsykiatri som værende særlig dialektisk-materialistisk i sin grundforståelse, minder Griesingers forslag om anstaltens placering i lokalmiljøet ikke desto mindre om den distriktspsykiatriske model.

Vi ser ved disse eksempler på opfattelsen af sindslidelse gennem historien, at Foucault både har ret og ikke ret. Han har ret i at store dele af historien faktisk er religionshistorie, men den socio-økonomiske udvikling er vigtig ikke at glemme. Kunne man lægge nogle skelspunkter i overgangen mellem feudal og kapitalistisk økonomi? Kunne man se industrialiseringen som en socio-økonomisk hovedgenerator i også galespørgsmålet, forstået sådan, at de overordnede samfundsøkonomiske interesser falder sammen med arbejderklassens opståen og behovet for en sortering af arbejdskraften, som Kelstrup (1983) er inde på? Og i forlængelse heraf, at arbejderklassen ikke længere magtede at tage sig af familiens uproduktive medlemmer (Gunnarsson & Gústafsson, 1981)?

2.4. Familie, samfund og statsanstalterne

Som nævnt, ændrer levebetingelserne sig i forbindelse med overgangen fra feudal til kapitalistisk økonomi, og behovet for sortering af arbejdskraften og oprydning blandt de 'farlige' løsgængere opstår i byerne, hvor den traditionelle families opløsning og dennes hidtidige varetagelse af de gale gør, at man må institutionalisere opgaven om varetagelse af de gale og andre grupper (Kelstrup, 1983, Gunnarsson & Gústafsson, 1981).

I Danmark udbygges anstaltspsykiatrien generelt set fra starten af 1800-tallet, og mellem 1850-1940 opføres mange store helbredelsesanstalter for sindssyge. Der sker en adskillelse af fattigvæsnet og sindssygevæsnet, der, trods Foucaults indvendinger mod den yderligere isolation af

specielt de gale der sker gennem sådanne adskillelser, har den positive konsekvens, at de sindssyge sikres nogle rettigheder lovgivningsmæssigt og generelt får bedre plejebetingelser (Fællesregulativet af 1888 og 1915). (Kelstrup, 1983).

Samtidig sker der en væsentlig ændring i forbindelse med sindssygevæsnets ekspansion, som Lone Karpatschof (1980) fremhæver. Det personlige, patriarkalske forhold mellem psykiater og patient forsvinder: *"Til kæmpeanstaltens bureaukrati er den somatiske psykiatris upersonlige sygdomsteori mere adækvat"* (L. Karpatschof, 1980, s. 18). Der opstår mao. regulære 'kolbøtte-fabrikker', der, dog med anden terminologi, ifølge L. Karpatschof bliver anvendt til at legitimere videnskabeligheden i teorien om sindslidelser som arvelige organforstyrrelser.

I løbet af 1950-60'erne afvikles i Danmark de store psykiatriske hospitaler til fordel for en integrering i de eksisterende amtskommunale sygehuse. Patienten skulle ikke længere isoleres fra det omgivende samfund på fjerntliggende hospitaler, da man til en vis grad erkender de forstærkende virkninger af den fysiske isolation på den psykiske oplevelse af isolation (Kelstrup, 1983). En undtagelse herfra er dog Sct. Hans Hospital i Roskilde, der stadig eksisterer, som en del af H.S.

Distriktspsykiatrien bliver sidst i 1970'erne vedtaget som model for lokalpsykiatrien. Dette medfører en stor grad af nedlæggelse af sengepladser på hospitalerne, til fordel for opførelse af distriktspsykiatriske centre. Dette viste sig for alle, der har fulgt med i den løbende debat gennem de sidste 10 år, at være et særdeles uheldigt sammenfald af dårlige beslutninger, idet distriktspsykiatrien har vist sig overmåde utilstrækkelig til at kompensere for de manglende sengepladser.

Socialpsykiatrien opstår så, som nævnt i starten af dette kapitel, officielt omkring 1990. Om det har været tænkt som en kompensation for den mangelfulde indsats på psykiatriområdet, skal ikke med sikkerhed kunne siges; i hvert fald, har socialpsykiatrien udviklet sig i sin egen retning på et overvejende humanistisk grundlag der, i fald det var tænkt som en kompensation, nok ikke kan siges at have levet op til betingelserne, i fald man havde forventet et naturvidenskabeligt værdigrundlag for socialpsykiatrien.

Så vidt baggrunden for socialpsykiatrien, med dens rødder i psykiatriens paradigmatisk og politiske bevæggrunde. Herfra er opstået nogle temaer, som vil blive diskuteret i kapitel 7, bl.a. grænsen mellem distriktspsykiatri og socialpsykiatri, den socialpsykiatriske afgrænsning til det naturvidenskabelige grundlag og dermed socialpsykiatriens selvforståelse.

Disse afsnit vil være diskussionsprægede og hører til længere henne i forløbet, så inden vi når så langt bliver det bl.a. nødvendigt at se på noget af den empiri der findes om det relationelle aspekt. I det følgende kapitel 3 gennemgås en nylig undersøgelse, der har relationen i fokus og som bringer nogle bud på de virksomme kvaliteter i relationen.

Kapitel 3. Relationsbærende kvaliteter i socialpsykiatrien – en nylig undersøgelse

I følge en nylig afsluttet kvalitativ brugerevalueringundersøgelse af støtte- og kontaktpersonordningen (SKP-ordningen) ved Benny Karpatschof, Institut for Psykologi, KUA, udført for Københavns Kommune, (Karpatschof, 2002⁷, 2001) tyder det på, at ordningen ikke blot er yderst succesfuld, men også, at de kvaliteter, der vægtes af brugerne af ordningen bæres af den menneskelige kontakt – eller relation – ‘i-sig-selv’ mellem bruger og støtte-kontaktperson (SKP).

Spørgsmålet er da, hvad der ligger i dette ‘i-sig-selv’? Dette bringer undersøgelsen nogle bud på – men også på problematiske eller vanskelige sider af denne type hjælpe-relation.

Først en kort beskrivelse af støtte- og kontaktperson-ordningen.

3.1. Støtte- og kontaktpersonordningen

Støtte- og kontaktperson-ordningen blev igangsat i 1993 som en forsøgsordning 11 steder i landet, finansieret af Socialministeriets 50M-pulje (VISP, 2000a), med det formål at være en udgående og opsøgende indsats overfor de allermost isolerede og ensomme sindslidende i kommunen.

Den foregående tid gennem 1980'erne, hvor de psykiatriske hospitaler nedlagde sengepladser og den efterfølgende, yderst kritisable og utilstrækkelige, distriktspsykiatriske behandlingsindsats med for få sengepladser og begrænsede åbningstider, gjorde det nødvendigt med en anden slags indsats, der kunne komme i kontakt med netop de mest isolerede mennesker i samfundet; de sindslidende, der ikke kunne eller ville benytte sig af de sædvanlige behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Det væsentligste i ordningen er, at den fungerer ud fra brugerens *egne* ønsker og behov, med det langsigtede mål at bryde isolationen og ensomheden for den sindslidende. Dette sker altså på brugerens egne præmisser og foregår i øvrigt anonymt⁸. Det er kun SKP'en der kender brugerens identitet, og kun hvor der skal rettes henvendelse til andre offentlige myndigheder, vil brugerens navn mv. fremgå. Dette sker dog altid efter brugerens fulde samtykke.

⁷ Der tages i det følgende forbehold for ukorrekte sidetalshenvisninger til Karpatschof 2002, da dette manuskript stadig er i trykken og kan være anderledes i det udgivne materiale.

⁸ I Støtte- og KontaktCentret. Det vides ikke præcist i hvor høj grad dette efterleves overalt, men der er eksempler på, at anonymitetsprincippet visse steder har været genstand for en vis inflation.

I Københavns Kommune, til hvilken denne undersøgelse af B. Karpatschof refererer, blev SKP-ordningen opbygget gennem Støtte- og KontaktCentret, hvor centrets leder, psykolog Karin Rue, har stået for udviklingen af ordningens forskellige metoder og principper gennem årene.⁹

SKP-ordningen fungerer sådan, at sindslidende mennesker selv, pårørende, sociale institutioner, beboerforeninger, psykiatriske afdelinger, mv. retter henvendelse til Lokalcentret eller Støtte- og KontaktCentret med henblik på at få tilknyttet eller 'ansat' en SKP.

I nogle tilfælde kontakter SKP'en den sindslidende på dennes egen bopæl, nogle gange uopfordret, i andre tilfælde aftales at mødes et 'neutralt' sted og i andre tilfælde fx. i Støtte- og KontaktCentret. Under alle omstændigheder introduceres centret som regel for brugeren af ordningen, da centret samtidig har en døgnrådgivning og en social café, som brugeren kan benytte udover kontakten til SKP'en.

Støtte- og kontaktpersonerne er en tværfaglig gruppe mennesker, hvoraf langt fra de fleste har en psykiatrisk behandlerbaggrund. De kan enten være fuldtidsansatte eller honorarlønnede. De SKP'er, der indgår i Karpatschofs undersøgelse er alle fuldtidsansatte. Som udgangspunkt har alle SKP'er gennemgået en grunduddannelse i Støtte- og KontaktCentret, hvor en betragtelig del af uddannelsen har været varetaget af sindslidende mennesker, ud fra 'mesterlæreprincipet'.

3.2. Undersøgelsens formål og udførelse

I det følgende vil undersøgelsens formål og udførelse blive beskrevet. Da denne undersøgelse danner et vægtigt empirisk grundlag for den videre gennemgang, ofres der relativt megen plads på beskrivelsen. Da den samtidig har evalueret en bruger-styret ordning og i sit design har lagt en stor grad af brugerhensyn ind i udførelsen, tillægges den endvidere en metodisk og grundlagsmæssig unik status, der med disse grundbetingelser in mente har haft sine fordele og ulemper. Den efterfølgende ret detaljerede gennemgang skal derfor opfattes som en mulighed for læseren til at få indblik i en sådan undersøgelses omfang og metodiske vanskeligheder i et område med få erfaringsmæssige ressourcer at trække på.

3.2.1. Formål

På baggrund af Københavns Kommunes beslutning af 6. april 2000 om en evaluering af støtte- og kontaktpersonordningen, indstilles det,

"...at der gennemføres en dybdegående kvalitativ evaluering af det udegående opsøgende arbejde med henblik på at få et grundlag for udvikling af de socialpsykiatriske metoder, samt at kunne fastlægge kvalitetsniveauet i arbejdet.

⁹ Den senere udvikling for Københavns Kommune har været en decentralisering af SKP'erne fra Støtte- og KontaktCentret til 'Teams for voksne med særlige behov' på de lokale centre. Støtte- og KontaktCentret har beholdt 5 SKP'er, der har akutberedskab og dækker hele København.

Evalueringen vil på grundlag af kvalitative interviews belyse brugernes oplevelse af SKP-ordningen, samt SKP-ernes beskrivelse af deres funktioner. Det er selve relationen mellem SKP'er og bruger, som er i centrum i undersøgelsen.

(...)

Der understreges videre 3 centrale spørgsmål, som undersøgelsen bør fokusere på:

- A. *Hvad karakteriserer SKP-ordningen?*
- B. *Hvornår er arbejdet godt?*
- C. *Hvornår kan det være problematisk?*

Evalueringens formål er at undersøge SKP-ordningen i Københavns kommune belyst først og fremmest ud fra, hvordan ordningen opfattes af dens brugere, og med det sigte, at afdække hvilke livsområder ordningen dækker og hvilken arbejdsform der anvendes."

(Karpatschof, 2002, s. 9)

Det er væsentligt at lægge mærke til, at ønsket om 'at få et grundlag for udvikling af de socialpsykiatriske metoder' er fremsat fra officielt hold. Det hænger altså ganske godt sammen med den generelle beskrivelse af socialpsykiatrien, der hidtil er blevet gennemgået med hensyn til søgen efter metodisk grundlag og undersøgelsesvelvilje. Desuden understreges fokus på 'selve relationen mellem SKP'er og bruger', hvilket vel ikke gør undersøgelsen hverken mindre relevant eller interessant for denne afhandlings formål.

3.2.2. Udførelse

Evalueringen var forberedt gennem ca. ½ år af en arbejdsgruppe, der havde en følgegruppe, der udover personer fra Københavns Kommune, desuden havde 2 SKP'er.

Undersøgelsen var en kvalitativ interview-undersøgelse med semistrukturerede interviews, hvor interviewguiden var blevet lavet i forbindelse med møder med disse grupper.

Det blev besluttet at udtrække 50 personer fra Støtte- og KontaktCentrets anonyme database af de 247 personer, der i alt dækkede kriterierne for deltagelse i undersøgelsen (dvs. ca. 20% af de 247). Disse kriterier var: 1) Kontakten skulle have en varighed af mindst 3 måneder, 2) SKP'en skulle have en anciennitet på mindst 6 måneder og 3) Brugeren måtte ikke være voldelig.

Derudover er der blevet taget en række forskningsetiske hensyn, der sikrede, at undersøgelsen ikke på nogen måde var til skade for de interviewede brugere, bl.a. SKP'ens vurdering af, om den udtrukne bruger ville være i stand til at gennemføre et interview, at brugeren blev vel informeret om undersøgelsens formål og fremgangsmåde samt brugerens ubetingede ret til at trække sig ud af undersøgelsen på et hvilket som helst tidspunkt.

Desuden en række procedurer af tryghedsskabende karakter, fx. at SKP'en kunne være til stede under interviewet, hvis brugeren ønskede det¹⁰ samt at SKP'en under alle omstændigheder

¹⁰ Der tages i undersøgelsen forbehold for en række metodologiske faktorer, bl.a. det forhold, at SKP'en var tilstede i samme rum i ca. 50% af interviewene. Det konkluderes som negativt aspekt, at brugeren kan have udtrykt sig mere positivt deraf, men positivt, fordi interviewerens samtidig kunne observere deres relation direkte.

skulle være til stede ved interviewets afslutning og om nødvendigt snakke oplevelsen igennem med brugeren.

Som interviewere blev udvalgt 5 personer, som enten var stud. psych'er fra Københavns Universitet eller studerende fra RUC (kommunikation og psykologi), alle på sidste del af studiet.

Interviewerne lærte sig interviewguiden udenad og blev trænet en hel dag, bl.a. gennem video-båndet rollespil med en SKP'er samt Karin Rue (leder af Støtte- og KontaktCentret) og Benny Karpatschof, projektleder på denne undersøgelse, de to sidste medlemmer af arbejdsgruppen.

De mulige interviewpersoner blev udvalgt fra den administrative og anonyme database i Støtte- og KontaktCentret (247 personer) og opstillet som en statistisk database, hvorfra blev lavet en randomiseret udvælgelse af 50 personer. Dette sikrede både en videnskabelig udvælgelsesmåde (dvs. udvælgelsen skete uden personlige biases og med lige mulighed for alle for udtrækning) og det sikrede brugerne fuld anonymitet, idet kun et henvendelsesnummer deles mellem Støtte- og KontaktCentrets database og SKP'en, hvor så kun SKP'en ved, hvem dette henvendelsesnummer refererer til.

Ved udtrækningen var der imidlertid et betragteligt bortfald¹¹, hvilket gjorde, at nye udtrækninger fra de i alt 247 mennesker, der opfyldte ovennævnte kriterier, måtte foretages, indtil alle 50 interviews var gennemført.

Udover de 50 interviews med brugere af støtte- og kontaktpersonordningen, gennemførte projektlederen Benny Karpatschof fokusinterviews med 5 SKP'er, hvert af ca. 3 timers varighed.

Undersøgelsen består af en række baggrundsvariable, som allerede fandtes i Støtte- og KontaktCentrets database. Disse baggrundsvariable er kønsfordeling, aldersfordeling, civilstandsfordeling, kontaktens varighed blandt afsluttede kontakter, mv. Disse data er fortrinsvis brugt til at belyse det grundlag, undersøgelsen tager sit udspring i og betegner den kvantitative del af undersøgelsen.

Evalueringen er så opdelt i to hovedkategorier, hvoraf den sidste er den mest centrale: (1) en kvantificering af psykosociale faktorer¹² og brugervurdering af kontakten, og (2) selve den kvalitative analyse.

De psykosociale indikatorer er angivet som følgende: Administration af huslige forhold, Administration af eksterne relationer og økonomi, Administration af psykiske problemer, Social kontakt og Aktivitet. Disse 5 indikatorer er vurderet hhv. ved kontaktens start og på interviewtidspunktet¹³.

Endnu 2 indikatorer er undersøgt med henblik på mere generelle aspekter i brugerens psykosociale status: Om brugeren har fået det bedre (livskvalitet) og om brugeren er blevet bedre til at klare sine egne opgaver (psykosocial rehabilitering).

¹¹ Afvisning fra hhv. SKP's eller brugers side, indlæggelse, ingen kontakt pt. samt forskellige teknisk-administrativt begrundede afvisninger.

¹² "Ved en psykosocial indikator forstås her en kvantificeret størrelse, der angiver et bestemt aspekt af brugerens personlige og sociale liv. Hensigten med de psykosociale indikatorer er at give et billede af brugerens livskvalitet" (B. Karpatschof, 2002, s. 25).

¹³ Deraf kravet om, at kontakten skal have haft en varighed af mindst 3 måneder på interviewtidspunktet, for derved at påvise en evt. forskel.

Endelig 2 indikatorer på brugerens tilfredshed med kontakten: brugerens vurdering af relationens kvalitet og brugerens vurdering af relationens kvantitet.

Scoringen af alle disse faktorer er foretaget fra interviewteksterne af projektlederen, men er derefter parallelscoret af to af interviewerne på interviews, de ikke selv har gennemført. De forskellige scoringer er derefter rated i forhold til overensstemmelse, og har vist en høj grad af intersubjektiv overensstemmelse, hvilket altså gør disse scoringer pålidelige.

Den kvalitative analyse er ligeledes foretaget ud fra systematiske søgninger i interviewteksterne og kategoriseret i forhold til de opsatte undersøgelsesområder, såsom kontaktens opstart, kontaktens karakter, praktiske funktioner, eksistentielle aspekter, sociale aspekter, behandlingsmæssige aspekter og endelig brugerens tilfredshed med SKP-relationen.

3.3. Undersøgelsens resultater

Der kan ikke gengives alle resultater af undersøgelsen her, hvorfor der er foretaget en vis selection. Selvom undersøgelsens gennemgående tema er lig denne opgaves; nemlig selve relationens karakter, er der aspekter i undersøgelsesresultaterne, der må anses for mere væsentlige end andre i denne sammenhæng. Det følgende vil derfor have en vis summarisk karakter.

3.3.1. Kvantitative resultater

For den kvantitative del kan karakteriserende siges om relationen, at den typisk har varighed af 1-2 år, besøgshyppigheden ca. 1 gang om ugen, og at besøgshyppigheden har en lille tendens til at stige med brugerens alder.

Brugernes udmeldinger indenfor det psykosociale område viser sig at være, at **livskvaliteten** stiger pænt i forbindelse med SKP-relationen, mens evnen til at klare sig selv betegnes med 'en lille ændring'.

Evnen til at administrere psykiske problemer stiger væsentligt med SKP-relationen. Hvor den før SKP-relationen scores til ca. 0,7, stiger den til ca. 1,8 efter, på en skala fra 0-3 (Karpatschof, 2001), hvilket må siges at være en ganske pæn stigning. Karpatschof konkluderer i øvrigt, og ret interessant for den videre diskussion af relationen, specielt mht., hvem der er 'eksperten' i handler-klientrelationen, følgende:

"I de fleste tilfælde har brugeren alle påstande om manglende sygdomserkendelse til trods en ganske god fornemmelse for deres egen psykiske tilstand."

(Karpatschof, 2002, s. 32).

Konklusionen bygger på, at både 'velfungerende' brugere og brugere der ligger på grænsen af 'tilgængelighed' medvirker i interviewundersøgelsen, mens de mindst tilgængelige brugere, som også for en stor del af tiden er mindre tilgængelige for SKP'en, ikke medvirker. Der er således ikke kun tale om, at Karpatschofs konklusion bygger på materiale fra de bedst fungerende brugere, eftersom 'midtergruppen' af de nogle gange tilgængelige brugere også medvirker i ikke ubetydelig grad. Alligevel kan man tage et moderat forbehold for Karpatschofs konklusi-

on, fordi de medvirkende brugere alligevel må antages at have en vis større 'livssammenhængsforståelse' eller egen erkendelse end de brugere, der er sorteret fra, enten af SKP'en eller fordi de fx. var indlagt på givne tidspunkt. Dette betyder nødvendigvis ikke, at disse svært kontaktbare brugere ikke også ville være i stand til at vurdere SKP-relasjonen; det betyder kun, at undersøgelsen ikke har kunnet spørge dem.

Mens der i **livskvalitet** er tale om en klar forbedring, er der i ca. 40% tilfælde tale om en vis – om end lille – forbedring i **psykosocial habilitering**, dvs. i evnen til at klare sig selv. Således viser 10% en 'lille forbedring', 20% en 'klar forbedring' og endnu 10% en 'stor forbedring'. Der er dog 60%, der scorer 'ingen forbedring'.¹⁴

Brugerens tilfredshedsgrad med SKP-relasjonen viser, at der ingen decideret utilfredse er, mens der er ca. 7% 'ikke helt tilfredse', ca. 33% 'ret tilfredse' og endelig 60% 'meget tilfredse'.¹⁵

Det konkluderes yderligere, at **sammenhængen** mellem ændring i **administration af psykiske problemer** og ændring i **livskvalitet** er overordentlig stor i positiv forstand.

Desuden fremgår det interessante aspekt, at **alderen** har betydning for både ændring i livskvalitet og habilitering, forstået sådan, at jo ældre brugeren er, jo mindre ændring forekommer der. Dette kan have sine årsager i, at mulighederne for forandring falder og risikoen for fastlåsning stiger, jo ældre man er. Dog er tilfredshedsgraden lige så stor for de ældre som for de yngre brugere.

Hvor der før SKP-relasjonen ikke var nogen væsentlig forskel mellem **aldersgruppernes evne til at administrere psykiske problemer**, ser man efter SKP-relasjonen en klar forskel, idet de yngre ser ud til virkelig at nyde godt af SKP-relasjonen. De ældres evne stiger dog også efter SKP-relasjonen, men ikke så markant som de yngre brugeres.

3.3.2. Kvalitative resultater

Rapporten konkluderer, at langt de fleste brugere er overvældende tilfredse med ordningen. Desuden viser den, at ordningen forbedrer livskvaliteten og nedsætter antallet af indlæggelser.

Den konkluderer desuden følgende egenskaber ved relationen som afgørende for en god kontakt:

1. Fortrolighed og tillid
2. Respekt og ligeværdighed
3. Ærlighed
4. Ingen krav, men opmuntring
5. Kontakten opretholdes, også når brugeren har det dårligt
6. SKP'en er brugerens advokat
7. Masser af tid

¹⁴ Karpatschhof understreger dog usikkerheden i disse tal, da samplet er lille.

¹⁵ Metodekritisk fremfører Karpatschhof usikkerheden i denne store gruppe 'meget tilfredse', da SKP'en var tilstede i ca. halvdelen af alle interviewsessionerne, hvilket kan have påvirket udsagnene i positiv retning af frygt for at miste SKP'en eller på andre måder påvirke relationen i negativ retning. Omvendt kan man sige, at SKP'en kan have været tilstede i halvdelen af de tilfælde, hvor brugeren udtalte sig mindre positivt. Der er ikke lavet en krydskorrelation på dette forhold i undersøgelsen, dvs. mellem SKP'ens tilstedeværelse og graden af udtrykt tilfredshed.

- 8. Udfordring
- 9. Humor

Den betegner relationen som essentielt brugerstyret, eller som 'brugerstyret omsorg', modsat den overvejende behandlerstyrede indsats, der ellers ydes.

Vi skal senere vende tilbage til disse egenskaber ved 'den gode kontakt', for at almengøre dem psykologisk, idet de optræder mere eller mindre direkte i den person-centrerede opfattelse, som vil blive præsenteret i kapitel 4.

Inden da – og inden vi ser på undersøgelsens implikationer for den socialpsykiatriske relation – vil vi kigge på de del-resultater, der ligger til grund for den netop præsenterede overordnede konklusion. Det er formodningen, at disse del-perspektiveringer kan udlede nogle begreber og kategorier, der kan være betydningsfulde for den senere almengørelse af den socialpsykiatriske relation, hvilket vil sige de centrale værdier der bærer denne og den forholdemåde, der måske kan bære nogle perspektiver ud over det relativt afgrænsede SKP-felt til resten af socialpsykiatrien og – hvem ved – måske til dele af den resterende psykiatri og behandlingsverden.

Undersøgelsen har i tråd med de på forhånd opstillede mål undersøgt forskellige brugeroplevelser af **(1) kontaktens opstart, (2) kontaktens karakter, (3) praktiske funktioner, (4) eksistentielle aspekter, (5) sociale aspekter og (6) behandlingsmæssige aspekter.**

De kvalitative analyser af tekstmaterialet er i undersøgelsen illustreret af store mængder uddrag af udtalelser, der viser brugernes oplevelser af de forskellige aspekter i livet og SKP-relationens indflydelse derpå. Det følgende bygger på dels en gennemlæsning af tekstmaterialet og dels på Karpatschofs sammenfatninger af analyserne.

Der vil ikke her blive tolket eller kommenteret særligt på udsagnene og konklusionerne, da næste afsnit vil omhandle mulige implikationer af denne undersøgelse i forbindelse med det relationelle.

(1) Om kontaktens opstart finder man, at det centrale i kontaktens første fase er den særlige form for professionalisme, der adskiller sig fra en traditionel professionalismeforståelse af '*forholdsvis upersonlig karakter*' (Karpatschof, 2002, s. 44). For SKP-relationens vedkommende drejer det sig i høj grad om at skabe en tillidsvækkende kontakt, der bygger på en personlig og medmenneskelig kontaktform, der altså her betegner SKP'ens professionalismegrundlag.

Det er ifølge undersøgelsen meget få SKP-relationer, der kommer i stand ved brugerens egen henvendelse til Støtte- og KontaktCentret – oftest sker det gennem enten lokalcentret eller distriktscentret. Dette fortæller os noget om, hvor svært det kan være, selv at skulle forordne en kontakt og viser hen mod vigtigheden af, at SKP'erne er opsøgende i deres arbejdsform. Og ofte – i ca. 2/3 af tilfældene – har brugeren en skeptisk eller negativ forhåndsindstilling til relationen. Interviewene beretter om de barrierer, der opstår, enten pga. tidligere erfaringer med hjælpepersoner (psykologer mv.) eller simpelthen af angst for at lukke nogen indenfor døren.

Dette stiller endnu højere krav til SKP'en om en tillidsvækkende indgang til opgaven. En kontaktform, der...

"...hverken ligner behandlerens eller besøgsvennens, men som har sin egen, på én gang meget personlige og professionelle karakter."

(Karpatschof, 2002, s. 44)

(2) **Kontaktens karakter** beskrives som præget af en nærhed og en professionel indstilling til, at brugeren samtidig ofte er deltagende i andre instansers behandlingssystemer. At balancegangen mellem at være en fortrolig, som brugeren kan tale private forhold med og samtidig virke som en indirekte eller direkte støtte til at anvende de behandlingstilbud, der ellers findes (fx. hospitals- og distriktspsykiatrien) - ofte på trods af brugerens skeptiske eller negative indstilling til disse¹⁶ - er en vanskelig øvelse, som kræver en særlig evne til at håndtere denne modstridende position. Måske viser denne evne sig netop i begavelsen til at kunne være personlig i relationen, men samtidig den professionelt erfarne, der kan orientere sig i samfundets øvrige behandlingstilbud og give råd og vejledning, skaffe sig information og kontakte myndigheder i samarbejde med brugeren.

Undersøgelsen undlader at drage konklusioner på sundhedspsykiatriens vegne, og benævner muligheden af, at brugeren i situationen har fremhævet SKP'en på sundhedspsykiatriens bekostning. Desuden nævnes sundhedspsykiatriens lidet misundelsesværdige opgave at symptombehandle, under et formaliseret behandlingsansvar, sammenholdt med ringe tid og skiftende kontakter.

SKP-relationen bliver i denne forbindelse jævnført som en komplementær kontakt, hvor netop varig kontakt i en fri, uformel, men alligevel forpligtende form, kendetegner relationen. SKP-relationen betegnes derfor også som et supplement til sundhedspsykiatrien.

(3) De **praktiske opgaver** kendetegner også SKP-relationen. SKP'ens primære tilgang til hjælp med at løse praktiske opgaver er naturligvis ikke de praktiske opgaver i sig selv, men at støtte brugeren i...

"...at få en tilværelse, der ikke bryder sammen i uløselige problemer."

(Karpatschof, 2002, s. 76)

De praktiske opgaver består i alt fra hjælp til oprydning til kontakt til advokater og offentlige myndigheder, herunder kontakt til behandlere; læge, psykiater, mv.

Det skal understreges, at SKP-relationens primære karakter ikke består i løsning af og hjælp til praktiske opgaver, men skal forstås, for det første, på det huslige plan, som en vidtrækkende hjælp til at undgå yderligere psykisk pres for brugeren og, for det andet, på kontaktplanet, som en formidler til den omgivende verden. Et uddrag fra et interview kan anskueliggøre, at SKP'ens primære funktion ikke er det praktiske, men at det kan være en del af det større billede:

"Det er meget opløftende for Mads (bruger) at få lavet et system, så opgaverne bliver overskuelige. Han føler sig effektiv, når han kan foretage sig sådan en tøjkask. Nu kan han gøre det meget oftere end hver anden/tredje måned, og så er der ikke så meget af gan-

¹⁶ Undersøgelsen viser, at godt og vel 2/3 af de interviewede brugere udtalte en negativ holdning til sundhedspsykiatrien samlet set. Resten havde holdninger af hhv. neutral eller positiv karakter, disse ligeligt fordelt.

gen. "Det var virkelig en stor hjælp, og det jeg manglede. Henriette (SKP) hjælper med at lave det uoverskuelige overskueligt." Hun giver ham "overblik"."

(Karpatschof, 2002, s. 69-70)

De mange citater i undersøgelsen er ligeledes samstemmende med min erfaring fra arbejdet i Støtte- og KontaktCentret, at fx. juridisk og socialrådgiver hjælp kan afhjælpe mange psykiske problemer, der opstår som en konsekvens af en ydre kaotisk verden (som måske nok kan siges at afspejle den indre) og måske endda kan forhindre en indlæggelse. Man kan betegne det som 'sideeffekter' til det eller de kerneproblemer, der gør hverdagen vanskelig for brugeren, men en afhjælpning af disse hverdagspraktiske problemer ser ud til at veje noget tungere i en i forvejen kaotisk verden, end det måske lige ser ud til. Hvilket undersøgelsen også viser.

(4) De eksistentielle aspekter konkluderes som et af tyngdepunkterne i SKP-relationen. De mest basale eksistentielle temaer som ensomheden repræsenterer, bliver ofte tilgodeset gennem kontakten til SKP'en. Det fremgår, at de mange valgsituationer, vi alle bliver mødt med i livet – og som vi alle oftest bruger andre mennesker til at blive afklaret på – også bliver afspejlet i SKP-relationen, dvs. at brugeren bruger SKP'en til samme afklaringsproces, som man sædvanligvis bruger andre fortrolige til; partnere, familie, gode venner, osv.

Ofte er brugere af SKP-ordningen alene, med lidt eller intet netværk. Den kvantitative undersøgelsesdel af evalueringen understøtter dette, idet ca. 70% har civilstatus af ugift. Ca. 5% af alle de 247 personer er samboende, hvilket bekræfter, at stort set alle de 70% ugifte faktisk også lever alene.

"Herved er SKP'eren også det ofte væsentligste og undertiden det eneste alternativ til ensomheden, og samtidig en grundlæggende tryghedsfaktor, såvel praktisk som eksistentielt."

(Karpatschof, 2002, s. 84)

(5) Det sociale aspekt betegnes som SKP-arbejdets sekundære målsætning, der kompenserer for den livskvalitet, der ellers mangler i brugerens liv. Det primære mål udformes som SKP'ens bidrag til en social rehabilitering af brugeren. Dette skal forstås sådan, at SKP'en supplerer eller erstatter det sociale netværk, der i kortere eller længere tid kan være fraværende i brugerens liv. Den sociale rehabilitering kan ses som målet for SKP-arbejdet, mens SKP'en som reservenetværk ses som en midlertidig funktion.

Støtten gives dels til at genetablere kontakt til før eksisterende netværk (familie, venner), dels som en hjælp til at igangsætte aktiviteter, der på længere sigt kan være med til at skabe nye netværk i brugerens liv. Indsatsen betegnes som 'ofte succesfuld'.

(6) Behandlingsmæssige aspekter betegner SKP'ens støtte til at afværge fx. psykoser, støtte i hjemmet under psykoser, støtte på behandlingsinstitution og støtte efter indlæggelse.

Under eet, kan det dreje sig om støtte til at administrere sin medicin, samtale (som alternativ til psykolog eller psykiater), besøg under indlæggelse, der gør det lidt nemmere at komme hjem igen og som giver tryghed under indlæggelsen, undgåelse af eller hjælp til indlæggelse.

Specielt når man sammenholder den relativt store negativitet, brugerne udtaler om sundhedspsykiatrien under eet, kunne man tænke, at SKP-relationens tillidsfulde karakter kunne gøre forløbet under en eventuel indlæggelse mindre smertefuldt for brugeren.

De følgende to citater viser bredden i SKP-arbejdet og illustrerer ikke mindst kravet til soliditeten i relationen, uanset om det drejer sig om støtte til at blive indlagt i tide eller hjælp til at undgå indlæggelse:

"(...) Hun (SKP) snakker med folk rundt omkring, for at se om de har set ham (bruger), fordi han som hun siger godt kan smutte og lige pludselig få det meget dårligt, og så slet ikke kontakter nogen og bare render rundt i byen og har det meget dårligt. Så derfor holder hun utroligt meget øje med ham. Det er måske den måde hun er med til at afværge, at han får det så dårligt, ved at hjælpe ham med at blive indlagt når det er lige op over."

(Karpatschhof, 2002, s. 91)

"Charlotte (bruger) kan ikke ret godt lide at være indlagt. Hun føler at man bliver umyndiggjort under indlæggelse, så hun vil meget gerne undgå at skulle indlægges. For en måneds tid siden, fortæller hun, fik hun nogle paranoide tanker og hun blev bange for at hun nu skulle indlægges. Charlotte er ret bevidst om sin skizofreni og siger at jeg mister realitetsfornemmelse og min erkendelse af verden bliver forskruet når jeg har det sådan. Men der fik hun snakket med Kirsten (SKP) om disse tanker og undgik derfor at skulle indlægges. I den tid Kirsten har været inde i billedet har hun ikke været indlagt."

(Karpatschhof, 2002, s. 92)

3.4. Undersøgelsens implikationer

Undersøgelsen kan siges at være interessant på flere niveauer. Dels giver den naturligvis arbejdet med udvikling af socialpsykiatrisk metode – og SKP-ordningen i særdeleshed – nogle begrundede platforme at bygge videre på, i forhold til brugernes udmeldinger, og dels er den interessant, fordi det primært har været 'kunderne' der er blevet spurgt. Det er relativt nyt indenfor socialpsykiatrisk forskning i Danmark og derfor, at undersøgelsen har fået så meget plads her. Desuden har undersøgelsens form haft karakter af et forsøgsprojekt (Karpatschhof, 2002), og kan således måske være inspiration til videre socialpsykiatrisk forskning fremover.

For denne opgave er det mest interessante ved undersøgelsen måske, at den giver et bud på, hvordan man kan definere de kvaliteter, der kendetegner en hjælperelation 'i-sig-selv'.

Den viser, at det basalt set er de hjælpøgendes – og ikke de hjælpydendes – oplevelse af hjælpen, der må definere, hvad en god hjælp er. Om end der er tale om en relation må rettedheden mod at imødekomme modtageren af hjælpen være det centrale.

I forlængelse heraf er det interessant, at denne form for hjælp viser sig så succesfuld, både som tilfredshed, forbedret livskvalitet, sidegevinst i form af en vis social habilitering og undgåelse af indlæggelse. Der må altså være noget i den måde – i den relation – som SKP'erne indgår med brugeren i, der har en habiliterende virkning, for nu at anvende Karpatschhofs egen betegnelse. Samtidig er det ikke uvæsentligt at huske på, at denne habilitering – eller kurative virkning – ydes på et almenmenneskeligt grundlag og ikke primært på en behandler-faglig baggrund.

De 9 centrale temaer eller egenskaber, nævnt i afsnit 3.3.2., som brugerne tillægger betydning, peger da også hen imod en vægning af nogle personlige forholdemåder hos hjælpepersonen, der ellers synes oversete i den resterende behandlingsindustri.

Karpatschof påpeger selv balancen mellem nærhed-fjernhed, mellem medmenneskelighed og professionalisme, mellem relationens praktiske og eksistentielle karakter og balancen mellem støtte og modspil som væsentlige akser i forståelsen af SKP-relationens særlige karakter med dens virkningsfulde effekt. Det ligger ikke langt fra disse tanker at foreslå en forståelse af SKP'ens evne til at rumme den dobbelthed, der ligger indbygget i relationen, som en væsentlig *personlig* egenskab hos SKP'en, og som en del af forklaringen på succesen. Som en bruger udtaler om sin SKP: "*Hun er min ven, men på en professionel måde.*" (Karpatschof, 2001, s. 706).

De overordnede implikationer af dette må være, at man som hjælpe-system ser nærmere på, hvilke forholdemåder hos hjælpepersonerne, der altså har denne kurative eller habiliterende virkning i forhold til mennesker med sindslidelser. Om man fra at tænke i behandling af sindslidelser bør tænke i relationelle rammer, uden det dog skal forstås som den allerede eksisterende 'relationsbehandling', som man støder på, fortrinsvis i hospitalspsykiatrien, på bocentre, mv., der blot er et udtryk for misforstået pædagogisering og terapeutisering af nogle almenmenneskelige, helende forholdemåder. At man som system indtænker det relationelle som forgrund for hjælpearbejdet i stedet for fx. formelle krav om behandlerfaglig baggrund og terapeutiske kursusbeviser. Udfordringen bliver så at sikre disse kvaliteter hos den socialpsykiatriske medarbejder – hvordan sikrer man fx. i ansættelsen, at ansøgeren besidder disse kvaliteter? Hvordan sikrer man, at de 'vedligeholdes' over tid?

Kunne man forestille sig, at brugere af ordningerne, af socialpsykiatrien selv ansætter medarbejderne, som der allerede findes eksempler på? Kunne man forestille sig, at vedligeholdelsen af kvaliteterne skærpes gennem andet end den traditionelle supervision, fx. ved åbne supervisioner, hvor brugere af tilbudene deltager som supervisorer, hvilket der også findes eksempler på?

Specielt fokus bør disse positivt vurderede kontaktskabende og -bærende kvaliteter tillægges, hvis man skal holde sig til de af Hougaard (1996) refererede undersøgelser (Horvath & Luborsky, 1993 i Hougaard, 1994a) af hhv. klient- og terapeutvariablers indflydelse på alliancen, hvor der er fundet en konsistent sammenhæng mellem kvaliteten af klientens objektrelationer og graden af evne til at deltage i alliancen med terapeuten. For terapeutens vedkommende refereres samme sted til undersøgelser af Strupp (1990) og Henry et al. (1993b), der viser en sammenhæng mellem terapeutens intrapsyriske repræsentationer af tidligere interpersonelle relationer og evnen til at etablere konstruktive terapeutiske relationer.

Da man må antage, at målgruppen for SKP'erne; de mest ensomme og isolerede sindslidende, oppebærer en vis grad af mindre ressourcer til at yde konstruktive bidrag til relationen end SKP'en gør, er det vigtigt, at SKP'en ikke samtidig har negative 'intrapsyriske repræsentationer af tidligere interpersonelle relationer'. Om hele dette problem løses gennem brugere i ansættelsesudvalget er måske nok tvivlsomt, men det synes som et større skridt på vejen end at lade være.

Ydermere må det være et ufravigeligt krav, at man *som standard* tilrettelægger hjælpen ud fra brugerens – borgerens – ønsker og behov, som man da også formelt set formulerer det, men at

man først gør det efter at have spurgt borgeren om, hvad en god hjælp kunne være. Under alle omstændigheder handler det om at have relationen i forgrunden og fagligheden i baggrunden, og det handler næste kapitel om.

Der vil i denne opgave blive peget på den person-centrerede forholdemåde, som udformet af Carl Rogers, som et forslag til en psykologisk platform for nogle begrebs- og forståelsesmæssige rammer for den videre udvikling af det socialpsykiatriske arbejde – for den socialpsykiatriske relation – og for så vidt alt hjælpearbejde i øvrigt. Det sker i forlængelse af brugertilfredshedsundersøgelsens resultater samt på baggrund af nogle overvejelser over hjælpearbejdets præmisser og kvaliteter på et generelt niveau.

Kapitel 4. Relationen i forgrunden – Person-Centered Approach i grundtræk

“I have long had the strong conviction – some might say it was an obsession – that the therapeutic relationship is only a special instance of interpersonal relationship in general, and that the same lawfulness governs all such relationships”

(Rogers, 1967, s. 39)

Det vil være en gennemgang af grundtrækkene i Carl R. Rogers (1902-1987) psykologi, og en relationsfokuseret præsentation af arbejdet med bestemmelsen af relationen, hvor Person-Centered Approach¹⁷, PCA, kan hjælpe med nogle både almene og konkrete forståelsesrammer i forhold til socialpsykiatrien, og samtidig give nogle begreber at arbejde med.

Som skrevet i indledningen er Rogers nok den, der giver de bedste redskaber til dette formål, fordi netop relationen ‘i-sig-selv’ antager en betragtelig del af perspektivet i Rogers opfattelse.

Meningen er derfor først og fremmest at vise, hvordan det relationelle kan begribes, samtidig med, at denne person-centrerede ramme kan tjene til at perspektivere det socialpsykiatriske arbejde, da PCA har nogle generelle teoretiske begreber, der – for visse centrale dele - bredt har fundet sin anvendelse, endda på tværs af psykologiske skoler.

Faren ved at anvende Rogers kan naturligvis være, at han vil virke lidt ‘søgt’ til dette formål og derfor vil fremstå som en ukritiserbar størrelse, idet gyldigheds- eller sandhedskriterierne vil blive udflydende. Det er imidlertid ikke meningen at vælte en badebold på fodboldbanen fordi man er bange for at tabe, men det handler om, at man i dette relative ‘pionerarbejde’ må have nogle begreber og forståelsesrammer at arbejde med for ikke at skulle opfinde verden på ny.

En pointe ved at drille Rogers ind i spillet er faktisk også, at han rummer mulighederne for en begribelse af den socialpsykiatriske relation, om end på et mere alment niveau, og dermed sige, at der faktisk findes en teori, der teoretisk dækker feltet – som et forslag til min nævnte kritik af, og undren over, socialpsykiatriens uforankrede eksistensbetingelser og mangel på en basisteori.

Rogers har stort set noget at sige om alle forhold vedrørende ‘personality change’, så det kan virke lidt svært at sortere det vigtigste ud og alligevel yde retfærdighed mod en teori, der tit bliver betegnet som overfladisk eller underlødigt, ‘ikke så dyb’ og ‘letkøbt’. Det vil ikke være meningen her at bestyrke denne opfattelse af PCA; derfor disse overvejelser om vanskeligheden

¹⁷ *Person-Centered Approach* kan opfattes som den overordnede betegnelse af Rogers samlede teori og praksis, hvor den tidligere udgave, *Client-Centered Therapy*, retter sig specielt mod det terapeutiske rum. De grundlæggende antagelser i Person-Centered Approach er imidlertid ikke forskellige fra eller mindre gyldige i terapeutisk, som i almenmenneskelig sammenhæng.

ved selektionsprocessen. Bestræbelsen har derfor været at udvælge dels de grundlæggende elementer der bredt kendetegner PCA og dels de, der specielt har relationen i forgrunden.

4.1. Carl R. Rogers placering i humanistisk psykologi

Humanistisk psykologi, der til tider benævnes "the third force" - som den tredje store hovedstrømning efter behaviorismen og psykoanalysen – var et antireduktionistisk modsvar til de to første, og har som sit fundament fænomenologien og eksistentialismen.

Verdenshistorisk set, voksede humanistisk psykologi op i USA, men med baggrund i de europæiske eksistentialister (Heidegger, Jaspers, Binschwanger), hvorfor man måske kan sige, at fundamentet i ligeså høj grad som psykologisk, er filosofisk.

Sammen med Rollo May, Gordon Allport og Abraham Maslow, har Rogers præget udformningen centralt, idet de forsøger at hale psykologien ud af det eksperimentelle rum og ind i det levede liv.

Rogers var således ikke uinspireret af andre psykologiske skolers tanker om og opfattelse af terapi og rådgivningsfeltet. Med en central placering i humanistisk psykologi, grænsede 'Person-Centered Approach' op til både eksistentielle ideer og fx. Abraham Maslow og Frederick Perls' gestaltpsykologi.

For Rogers var fx. 'selvaktualiseringstendensen' i mennesket centralt, og nærmer sig på den måde Maslows tænkning, ligesom Perls' gestaltpsykologi ligger tæt på Rogers psykologi, om end netop deres terapeutiske metode og personlige stil var som dag og nat. Hvor Perls ville konfrontationen, ville Rogers det modsatte. At kalde dette modsatte for 'forståelsen' er måske at sætte Perls i et dårligere lys end han fortjener, for selvfølgelig ville Perls også forstå sine klienter, men Rogers 'Non-directive approach', som er den tidligste udgave af hans psykologiske 'skole', betegner måske netop forskellen på de to.

Grundværdierne var dog de samme humanistiske og deri ligger den vigtigste pointe lige nu. Det centrale i den humanistiske psykologiske opfattelse er, at menneskesynet " *...understreger menneskets helhed, integritet, valgfrihed, autonomi, særegenhed og ultimative udefinerbarhed*" (Shaffer (1978) i Spinelli, 1998, s. 236). Ydermere karakteriserer Spinelli (1998) 'den humanistiske model' som havende sit fokus på klientens aktuelt levede erfaring, klientens totalitet, at tolkningsansvaret ligger hos klienten, på klientens frihed og evne til at vælge, på den ligeværdige relation mellem klient og terapeut, på, at de helende processer opstår i den terapeutiske proces (i mødet), der er baseret på åbne, accepterende værenskvaliteter, på, at klientens symptomer er udtryk for et inkongruent selvbegreb og endelig det, Spinelli kalder eksistensen af et 'enhedspræget kerneselv'. Dette retter sig mod især Rogers opfattelse af selvaktualiseringstendensen, mod hans antagelse om, at organismen stræber efter at blive 'det mest sande selv', det kan opnå. (Spinelli, 1998, s. 236-40).

Mennesket er, i humanistisk psykologisk forståelse, en udelelig helhed, en unik størrelse, der ikke kan fragmenteres i naturvidenskabelige tværsnit, adfærdstrænes som en rotte eller forklares med baggrund i ubevidste drifter. Mennesket må forstås i sin helhed, ikke forklares ved sine

enkeltdele. Derved lægger humanistisk psykologi afstand til såvel de naturvidenskabeligt inspirerede psykologier (som adfærdspsykologien) som til de psykoanalytiske skoler.

Person-Centered Approach kan i denne forbindelse foreløbig forankres i humanistisk psykologi som en psykologisk teori og praksis, der tager sit udgangspunkt i individets selvopfattelse, forstået som dets totale personlige og relationelle oplevelse af sin væren-i-verden. Det er samtidig en fænomenologisk teori: *"This theory is basically phenomenological in character, and relies heavily upon the concept of the self as an explanatory construct."* (Rogers, 1951, s. 532), der, dybt inspireret af den eksistentielle psykologi, var med til at sætte dagsordenen for den humanistiske psykologis udvikling. Det skete naturligvis ikke i et vakuum, og Rogers indrømmer da også i *Client-Centered Therapy* (1951), at han egentlig ikke opfatter sig som særlig original på flere områder, men er inspireret af andre skoler.

4.2. Rogers kernebetingselser

Det, Rogers nok er mest kendt for, er hans 6 kernebetingselser for en succesfuld terapi¹⁸, hvor iblandt de tre mest centrale er terapeutens evne til empati, til ubetinget, positiv accepteren af klientens person og evnen til at være kongruent – overensstemmende og tydelig, autentisk - i relationen.

Rogers opstiller 6 punkter, *nødvendige og tilstrækkelige* for den terapeutiske proces, som alle indeholder væsentlige elementer af det helt centrale i Person-Centered Approach, nemlig de, der fokuserer på det ligeværdige, personlige, involverede forhold, der bør eksistere mellem klient og terapeut.

Kernebetingselserne var oprindeligt en integreret del af teoriformuleringen om 'the therapeutic relationship', men blev ekstraheret fra den mere samlede teori pga. kravet om videnskabelig mulighed for at efterprøve teorien (Mearns & Thorne, 2000).

Disse kernebetingselser er siden hen blevet 'varemærket' på PCA og Rogers, hvilket ikke har mindsket den generelle opfattelse i psykologiske kredse om Rogers som 'overfladisk'.

Så faktisk burde dette afsnit starte omvendt; med afsnittet om relationen, og slutte med disse centrale kernebetingselser. Det er på den anden side en god formidlingspsykologisk skik at starte der, hvor man formoder modtageren befinder sig, så det gør vi her.

"For constructive personality change to occur, it is necessary that these conditions exist and continue over a period of time:

1. *Two persons are in psychological contact.*
2. *The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.*

¹⁸ Med 'terapi' forstås her indtil videre og meget overordnet alle de professionelle relationer, der har personlig forandring som sit arbejdsfokus. Rogers selv skelnede ikke synderligt mellem 'terapi' og 'rådgivning' (foreløbig forstået som 'counselling'), så det vil vi heller ikke gøre her. Faktisk 'opfandt' Rogers den moderne betydning af 'Counselling' da han blev forhindret i at virke som psykoterapeut, fordi han var psykolog og ikke lægeuddannet. Se yderligere afsnit 5.3., ang. Spinellis synspunkter vedr. forskellen mellem terapi og 'counselling'.

3. *The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.*
4. *The therapist experiences unconditional positive regard for the client.*
5. *The therapist experiences empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavours to communicate this experience to the client.*
6. *The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.*

No other conditions are necessary. If these six conditions exist, and continue over a period of time, this is sufficient. The process of constructive personality change will follow."
(Rogers, 1990, s. 221)¹⁹.

Rogers mener herpå, at opfylder det terapeutiske rum, dvs., det psykologiske og konkrete klima, som terapeuten og klienten sammen befinder sig i, disse just gennemgåede betingelser for terapien, vil en forandrende proces sætte i gang. Ifølge Mearns/Thorne (2000) er disse kernebetingelser ikke kun gældende for person-centrerede terapiformer, men for alle hjælperelationer generelt, som også Rogers selv utvetydigt understreger i dette kapitels indledningscitater.

For eksempel anerkendes PCA's kernebetingelser for psykoterapi og rådgivning bredt blandt psykoterapeuter (Hougaard, 1996). Der er dog tvivl om, hvorvidt formuleringen om, at kernebetingelserne – som foreslået af Rogers – som både 'nødvendige og tilstrækkelige', holder. (Lambert, DeJulio & Stein, 1978, i Hougaard, 1996).

Til gengæld er der lavet undersøgelser af Fiedler (1949, 1950) og Quinn (1950), (begge refereret i Rogers, 1990, s. 239), der støtter begrebet om empati, dvs. betingelse 5 i ovenstående. Fiedlers undersøgelse viste, at erfarne terapeuter, af forskellige terapiretninger, skabte relationer, hvis vigtigste karakteristika var deres evne til at forstå klientens kommunikation med den specielle mening, kommunikationen havde for klienten, dvs. at evnen til at kommunikere forståelsen af klientens oplevelse havde stor betydning for terapiens udfald. Ligeledes bekræftede Quinn, at kvaliteten af terapeutens kommunikative evner var af stor betydning for terapien.

Lipkin (1954)²⁰ og Seeman (1954)²¹ (i Rogers, 1990, s. 239) undersøgte, hvorvidt sympatien mellem terapeut og klient havde betydning, og fandt, at jo bedre en klient følte sig vellidt af terapeuten, jo større terapeutisk succes. Dette bekræfter de generelle betydninger af Rogers betingelser nr. 4 og 6, hhv., at terapeuten oplever ubetinget, positiv accept af klientens person og at det betyder noget, i hvor høj grad *klienten* faktisk også oplever denne accept.

Opsummerende kan man sige, at der er noget der tyder på, at disse betingelser, som Rogers opstiller, betyder noget for terapiens succes. Da de refererede undersøgelser også går på tværs af terapiretninger kan man tillægge dem en generel betydning for al terapi. At de så vægtes mest centralt i PCA og ikke i visse andre, mere instrumentelle retninger, er mindre væsentligt her – det vigtigste er, at betingelserne sandsynligvis 'har noget på sig'. Senere skal vi forsøge at generere dette til andre dele af relationelt hjælpearbejde. Om betingelserne også er 'tilstrækkelige og nødvendige', som altså Hougaard stiller spørgsmålstejn ved, er dog en vigtig forudsætning for selve gyldigheden af Rogers kernebetingelser: én ting er, at de 'har noget på

¹⁹ Opr. i Journal of Consulting Psychology, Vol. 21, No. 2, 1957, 95-103.

²⁰ Lipkin, 1954, Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy, Psychol. Monogr., 1954, 68, No. 1 (Whole No. 372)

²¹ Seeman, 1954, kap. 11 i Rogers & Dymond, Psychotherapy and personality change, 1954.

sig', noget andet er, om de samlet set kan siges at være adækvate. Man kan sige, at hvis de ikke er tilstrækkelige, så må der søges nogle andre eller flere betingelser for det relationelle hjælpearbejde. Der er altså nogen grund til at forholde sig kritisk til 'tilstrækkeligheden' af disse betingelser.

Som vi skal se senere, gennem Alain Topors forskning (Topor, 2001, 2002a, 2002b), består en recovery-proces fra skizofreni af mange forskellige faktorer, ikke kun de terapeutiske. Set ud fra den betragtning kunne man kalde Rogers betingelser utilstrækkelige. Omvendt, så viser Topors undersøgelse, at det – også udenfor terapilokalet – er netop disse 'Rogerske' (eller lignende) kvaliteter, der gør en forskel. Vi står altså med en teori, der ser ud til at holde, men som ikke har evidens for en generalisering af de terapeutiske kvaliteter til også at dække den sociale og samfundsmæssige kompleksitet i sin beskrivelse af 'recovery' processen. Vi har en anden undersøgelse, Topors, der finder nogenlunde de samme kvaliteter, men spredt ud over flere elementer end det terapeutiske, og som ikke har Rogers med på litteraturlisten. Man kan så vælge at sige, at Topor bekræfter muligheden for en generalisering af Rogers kvaliteter, men kun hvis man anerkender ligheden mellem Rogers kernebetingelser og Topors undersøgelsesresultater. Som det vil fremgå af specielt afsnit 4.4. og den senere præsentation af Topors resultater ser der ud til at være en stor overensstemmelse mellem både Karpatschofs, Rogers og Topors resultater.

4.3. Forandringsprocessen og personligt udbytte

Sammenfattende om personens forandringsproces under terapiforløbet mener Rogers, at klienten dels bliver mere fri til at udtrykke følelser, får større reference til sig selv end til sit 'ikke-selv', klientens oplevelser bliver mere præcist symboliseret, klienten bliver mere bevidst om inkongruensen mellem oplevelse og selv-opfattelse, bliver bedre til at opleve denne inkongruens, bliver bedre til at modtage terapeutens ubetingede, positive accept uden at opleve det som en trussel, bliver bedre i stand til at opleve ubetinget, positiv egenaccept, hvilket medfører at klienten i stadig større omfang oplever sig værende det, Rogers kalder 'locus of evaluation' og derfor reagerer mere og mere på oplevelser ud fra Rogers begreb om '*the organismic valuing proces*' og mindre og mindre på baggrund af andres værdsættelsesbetingelser.

I alt en proces, hvor klienten bliver mere og mere i stand til at være herre i eget hus, med en egenaccept som udgangspunkt og en mindselse af forsvarsprægenheden og sårbarhedsoplevelsen og en større indsigt i egen uoverensstemmelse mellem reel oplevelse og ideel selvopfattelse, med en større overensstemmelse mellem disse to som resultat af arbejdet.²²

Rogers arbejder med termer som fx. 'forsvar', 'fornægtelse' og 'opmærksomhed' (awareness), der til forveksling kunne minde om de psykoanalytiske panderter. Imidlertid er det temmelig vigtigt at forstå, at disse begreber i Rogers forståelse ikke skal ses som en del af ubevidste jeg-strukturer og des lignende freudianske forståelsesformer. For Rogers er det personens 'levede oplevelser' der bestemmer, om noget er 'forsvar', 'fornægtelse' eller 'bevidst', hvis da 'awareness' kan oversættes sådan.

²² Rogers (1990/1959) henviser til 15 forskellige undersøgelser, der på forskellig vis og fordelt på de forskellige procesområder underbygger disse påstande om forandringsprocessen. Det har ikke her været muligt at lave en kritisk gennemgang af disse undersøgelser.

For en længere diskussion af nogle centrale begreber som bl.a. 'overføring', og 'diagnosen', se Rogers (1951). Her skal blot siges, at Rogers, generelt set, ikke opfatter og arbejder med fortolkninger, som man kan sige, psykoanalysen gør, i og med, fx. overføringsbegrebet. Han ser overføringer som *reelle* dele af mødet mellem terapeuten og klienten og ser med stor interesse på, hvilken mening og betydning disse 'angreb' eller 'overførte følelser' har for klientens relation med terapeuten. Man kan altså sige, at han anerkender overføringer, men som *reelle hændelser* mellem to mennesker – ikke som symboliserede udtryk for følelser, der egentlig ikke vedrører den aktuelle relation, men en fjern fortid.

Med hensyn til det varige udbytte af terapien er der et vist sammenfald med de nævnte 'processuelle forandringsaspekter', blot med den forskel, at de første knytter sig til terapiforløbets rammer, mens et varigt udbytte i form af en mere kongruent selvopfattelse, mindre forsvarsprægethed, en mere realistisk og nøjagtig fornemmelse af andre, en større modenhed og en større kreativ og adaptiv tilgang til nye situationer er nogle af de vigtige gevinster ved terapiforløb, hvilket flere undersøgelser i følge Rogers bekræfter.²³

Det står imidlertid lidt uklart, hvor mange af disse underbyggende undersøgelser der har været baseret på specielt person-centrerede terapiforløb eller hvor mange der har været spredt over forskellige terapeutiske orienteringer. Af flere undersøgelsestitler fremgår det direkte, at det drejer sig om undersøgelse af 'non-directive therapy', som person-centered approach hed i de tidlige år, mens andre er mere generelle i overskriften. Dog kan jeg genkende flere navne blandt undersøgelsesernes forfattere, som jeg ved, selv er person-centrerede, bl.a. Thomas Gordon (der har indlæg om '*Group-Centered Leadership and Administration*' i Rogers "*Client-Centered Therapy*" fra 1951, Dymond (som Rogers har udgivet "*Psychotherapy and personality change*" med i 1954 og hvoraf flere af de følgende forfattere i øvrigt har bidraget med indlæg; Grymmon, John, Cartwright, Raskin, osv.) - og så Rogers selv, naturligvis.

Hovedparten af disse undersøgelser ser dog ud til at bygge på person-centrerede forløb, hvilket svækker generaliserbarheden. Omvendt, kunne man foreslå, at der altså er en vis sammenhæng mellem Rogers påstande om forandring og den foreslåede terapiform. Man kunne dog stadig ønske, at der blandt undersøgelsesernes forfattere fandtes forskere fra andre skoleretninger, hvilket så ville bestyrke resultaternes validitet eller generaliserbarhed.

Det vigtigste lige nu – efter som det jo ikke er formålet her at overbevise læseren om PCA's fortræffelighed – er imidlertid, at der ser ud til at være rimelig evidens for, at de terapeutiske kvaliteter og processuelle og udbyttedmæssige 'outcomes', som Rogers anfører som essentielle for 'personality change', holder vand. At de så også bliver bedre faciliteret i en terapiform som prioriterer relationen er nok sandsynligt.

Ydermere har Rogers en 'Theory of Personality and Behavior' og 'Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships' (hhv. 1951, 1990), som bl.a. indeholder udviklings- og personlighedspsykologiske teorier om og beskrivelser af, hvordan selvet udvikles, hvordan behovet for ubetinget, positiv accept udvikles (eller ikke udvikles), hvordan værdsættelsesbetingelser styrer barnets selvopfattelse og negativt skaber inkongruens, modsat den sunde styrkelse af selvet, så barnet bliver herre over sin egen 'locus of evaluation'. Alt i alt elementer, som er teore-

²³ Rogers henviser samlet set til 29 forskellige undersøgelser, der i større eller mindre grad støtter synspunkterne. Rogers (1990, kap. 16+17). Det bør bemærkes, at nogle af undersøgelseerne bl.a. anvender TAT og Rorschach som scoringsredskaber – altså testredskaber, der ikke har speciel bias til PCA. Det har heller ikke her været muligt at lave en kritisk gennemgang af disse undersøgelser.

tisk kongruente eller modsvarende de 6 kernebetingelser. Som sagt lidt tidligere, er de 6 kernebetingelser resultatet af mange af disse teorier og ikke omvendt. De blev i følge Mearns/Thorne (2000) ekstraheret for bedre at kunne leve op til datidens reduktionistiske undersøgelsespraksis.

Selvom vi lader personligheds- og udviklingsteoriene ligge her, er det dog vigtigt at hæfte sig ved, at teorien er sammenhængende, forstået sådan, at Rogers arbejder med at skabe et miljø, hvor klientens nutidige oplevelser af de nævnte faciliterende processer, der engang skulle have været styrket og faciliteret, men som ikke er blevet det i tilstrækkeligt omfang, nu får mulighed for at blive faciliteret. Man kan derfor sige, at Rogers 'ætiologi' eller forklaringsbasis er at finde i manglen af tilstrækkelig tilstedeværelse af de 6 kernebetingelser gennem livet og at terapien eller faciliteringsarbejdet tager sit udspring i en terapeutisk kontekst der faciliterer mulighederne for en tilstrækkelig tilstedeværelse af kernebetingelserne, specielt empatisk forståelse af klientens interne referenceramme, oplevelse af ubetinget, positiv accept og en kongruent terapeut.²⁴

4.4. Relationen og Person-Centered Approach

Rogers opfattelse af den terapeutiske relation er, at jo mere kongruent kommunikationen om oplevelser mellem parterne er, samtidig med en prioritering af den specielle opmærksomhed på relationen, der er nødvendig for at kunne arbejde med personlige forandringsprocesser, jo bedre en relation vil opstå. (Rogers, 1990, 1961).

Han beskriver det nærmest som en dialektisk proces, hvor hjælperens kongruente kommunikation opmuntrer den hjælpsøgendes grad af kongruens i relationen.

På samme måde med graden af sårbarhed, som vil mindskes efterhånden som parterne 'tillader' hinanden at kommunikere mere i overensstemmelse med deres oplevelser og deres selvopfattelse.

I sidste ende er det i virkeligheden en gentagelse af de virksomme faktorer i Rogers terapeutiske kernebetingelser – om empati, ubetinget, positiv accept af den andens person og at i hvert fald én af personerne er kongruent i sin selvopfattelse (og gerne terapeuten/hjælperen!) og er i stand til at kommunikere denne, så den anden part kan opfatte empatien og accepten så åbent som muligt.

Imidlertid elaborerer han yderligere sin beskrivelse af generelle faktorer, der påvirker en hjælperelation (Rogers, 1961), og udvider perspektivet til en slags komparativ udredning af forskellige undersøgelser der er lavet om, hvilke faktorer terapeuten bør facilitere. Rogers konkluderer, at skønt disse undersøgelser primært er foretaget i terapeutisk sammenhæng, så er der visse generelle træk, man kan uddrage. Som en minimumskonklusion mener han at der, om ikke

²⁴ Der foregår pt. en heftig og spændende debat på en klient-centreret/person-centreret mailingliste blandt person-centrerede psykologer og terapeuter og enkelte klienter om, hvorvidt begrebet 'ubetinget' faktisk er muligt at efterkomme og evt. bør erstattes af et andet begreb. Fra en filosofisk synsvinkel, som nogle antager, er det naturligvis vanskeligt at argumentere for en 'ubetinget' positiv accept, hvis man samtidig fordrer en autencitet i relationen, mens det fra pragmatikernes side fastholdes, at begrebet, om end noget absolut i sin fordring, signalerer en åbenhed og accept fra terapeutens side, der har en ganske speciel kvalitet i terapien. Denne diskussion lader vi ligge her, men det er blevet anført af folk på listen, der har fulgt Rogers i mere end 30 år, at han selv havde et vist forbehold overfor begrebet. Tilmelding til listen: tom e-mail til: cctpca-join@lists.skylist.net.

andet, synes tydelige beviser fra undersøgelserne på, at der i hvert fald er ret skarpe skel mellem de hjælperelationer, der hjælper og de, der ikke gør. Jeg formoder, at han mener, at hans ideer om betingelser for hjælperelationen er nogle, der virker – hvilket de af Rogers refererede undersøgelser faktisk også tyder på, at de gør.

Hans mest centrale pointer drejer sig om, hvordan man som hjælper i relationen kan stille sig selv nogle spørgsmål:

1. *Can I be in some way which will be perceived by the other person as trustworthy, as dependable or consistent in some deep sense?*
2. *Can I be expressive enough as a person that what I am will be communicated unambiguously?*
3. *Can I let myself experience positive attitudes toward this other person – attitudes of warmth, caring, liking, interest, respect?*
4. *Can I be strong enough as a person to be separate from the other?*
5. *Am I secure enough within myself to permit him his separateness?*
6. *Can I let myself enter fully into the world of his feelings and personal meanings and see these as he does?*
7. *Can I receive him as he is?*
8. *Can I act with sufficient sensitivity in the relationship that my behavior will not be perceived as a threat?*
9. *Can I free him from the threat of external evaluation?*
10. *Can I meet this other individual as a person who is in process of becoming, or will I be bound by his past and by my past?"*

(Rogers, 1961, s. 50-55).

For Rogers er besvarelsen af disse spørgsmål ikke let. Hans bedste bud er, at det i første og sidste ende beror på hjælperens psykologiske modenhed.

"... the degree to which I can create relationships which facilitate the growth of others as separate persons is a measure of the growth I have achieved in myself."

(Rogers, 1961, s. 56).

Alle hans 10 spørgsmål er fremført, fordi de faktisk rummer de vigtige elementer af afklaring, en hjælpeperson må, om ikke have, så i hvert fald have forholdt sig til. Samtidig indeholder de indirekte Rogers bud på kvaliteter i hjælperelationen, som hjælperen eller hjælpens karakter må besidde: troværdighed (som svar på spørgsmål 1), entydighed (2), respektfuldhed (3), gensidig adskilthed (4, 5), helhjertet empati (6), åben modtagelighed (7), ikke forsvarsskabende, tilstrækkelig sensitivitet (8), befrielse fra ydre verdens vurderingsafhængighed (9), møde den anden som værende i en tilblivelsesproces (10).

Sammen med kernebetingelserne, der krydser ind over ovenstående, tegner sig nu skitsen af en forholdemåde, som Mearns/Thorne (2000) betegner meget sammenfattende:

"Only when they [kernebetingelserne] are all present in high degree do they unite into their mutually enhancing integration and offer the client something really special. They offer a relationship of incredible safety and vitality in which even the most feared dimensions of existence can be faced. This is what is meant by offering the client a meeting at 'relational depth'."

(Mearns/Thorne, 2000, s. 87).

Mearns/Thorne pointerer følgende, at de ikke er interesserede i at tilbyde en partiel relation, hvor terapeuten er 'rimelig empatisk, nogenlunde accepterende og moderat kongruent'. Det er i deres forståelse ikke at betegne for andet end en tålelig terapeutisk alliance.

Her støder vi i virkeligheden ind i noget interessant i forhold til den nævnte debat på den person-centrerede mailingliste om det ubetingede i kontakten eller relationen; Mearns & Thornes synspunkt er, at *kun* når kernebetingelserne er til stede i *høj grad*, vil den terapeutiske relation opleves som virkelig udbytterig. Dermed gør de op med gråzoneområdet af terapeutisk praksis og distancerer (og genplacerer) PCA i forhold til den udvikling der har medført, at kernebetingelserne efterhånden er hvermandseje og dermed er blevet forfladiget. De kan have en pointe i, at denne forfladigelse har gjort indtrykket af PCA noget superficiel for mange, men det giver os nogle problemer med det kommende projekt her: at lave øvelsen med at generalisere de person-centrerede principper, så de kan anvendes i socialpsykiatrien, uden at forfladige dem endnu en gang!

Problemet om generaliserbarhed lader vi hænge til tørre indtil videre. Det vil blive diskuteret i afsnit 7.4. Dermed også punktum for præsentationen af Person-Centered Approach. I det følgende vil PCA blive inddraget som referenceramme til nogle af de begreber og kvaliteter i forbindelse med den socialpsykiatriske relation, der vil blive taget op.

De næste afsnit i dette kapitel vil handle om nogle andre af de betingelser, der eksisterer i socialpsykiatrien, bl.a. holdninger, kvalifikationer og organisatorisk/institutionelle betingelser.

Kapitel 5. Relationsbetingelser

Relationsbetingelser er, overordnet set, alle de betingelser, som mødet mellem hjælper og modtager af hjælpen eksisterer i. Det er for så vidt alle samfunds-, institutions- og personlige betingelser, dette hjælpeforhold har som sine rammer eller betingelser.

Ordet 'relationsbetingelser' er egentlig ikke et godt begreb, for det henviser negativt afgrænsende til de muligheder, som relationen har for sin udvikling. 'Relationsvilkår', som en neutral betegnelse eller 'Relationens muligheder' som et positivt definerende begreb ville måske være bedre. 'Betingelser' som en afgrænsende størrelse medfører en fare for at udelukke nogle potentialer i relationens virke, og dermed ser man på de afgrænsende og ikke de udvidende muligheder. Men i erkendelse af at 'betingelser' faktisk eksisterer som en reel virkelighed, bibeholdes begrebet.

Jeg vil i det følgende forsøge at relatere forståelsen af medarbejderens 'holdning, personlighedstræk og kvalifikationer' til den person-centrerede forholdemådes opfattelse af samme.

5.1. Holdning, personlighedstræk og kvalifikationer hos den social-psykiatriske medarbejder

Når man taler om 'holdning' hos den socialpsykiatriske medarbejder, forstås her den personlige, værdimæssige (fx. etisk-moralske) og kulturelle forankring denne har og den forholdemåde disse forankringer giver sig til kende på. Det kan fx. give sig udtryk i forskellige tilgange til mødet med andre mennesker, dvs. de grundlæggende reelle og ideelle forestillinger og attituder, som hjælpepersonen har med sig i mødet.

Først og fremmest er der tale om nogle personlige kvaliteter af både eksplicit og implicit karakter, og basalt set er kvaliteterne personlige og ikke primært udtryk for fx. kommunens eller institutionens ideologi, selvom disse naturligvis kan være mere eller mindre integrerede i personens attitude. Man kan også forstå begrebet 'holdning' som medarbejderens samlede indstilling til mødet med den hjælpsøgende, både før, under og efter dette møde.

Perspektivet kan lægges på, i hvor høj grad denne holdning er med til at påvirke relationen og i hvilken retning?

Et eksempel på en mening om en psykiatrisk – ikke terapeutisk – medarbejders holdning²⁵ og kvalifikationer møder man ret konkret udtrykt hos den svenske psykiater Craaford (1994). Han fremfører bl.a. følgende 'krav':

- en hel del viden om psykoanalytisk teori, især udviklingspsykologi

²⁵ Bemærk, at Craafords *kontaktperson* betegner den psykiatriske afdelingsmedarbejder (typisk en plejer eller sygeplejerske) og ikke umiddelbart kan sammenlignes med en socialpsykiatrisk *støtte- og kontaktperson*, uagtet den lignende betegnelse.

- forståelse for de psykologiske vilkår for tidligt skadede patienter
- fortrolighed med forskellige former for projektiv identifikation
- en hel del viden om acting out
- fortrolighed med forskellige teorier om, hvordan psykotiske mennesker fungerer
- hvordan man fra et psykodynamisk synspunkt kan forstå psykotiske menneskers grænseløshed, vrangforestillinger og hallucinationer
- kendskab til forskellige mekanismer, der kan opstå i grupper
- medarbejderen må gerne have gennemgået én eller anden form for psykoterapi

Denne anskuelse beskriver en noget 'ydre' vægtning på den psykiatriske medarbejders holdning. Komparativt set, står hans udsagn i skærende kontrast til den netop præsenterede person-centrerede forholdemådes konditioner.

Der er naturligvis ingen skade sket ved hverken psykodynamisk eller udviklingspsykologisk kendskab, men det er symptomatisk, at man fra en psykiatrisk indfaldsvinkel vægter de 'ydre' kvalifikationer til fordel for de 'indre', som fx. Rogers og andre humanistiske orienteringer gør.

Jeg tænker, at Craaford ønsker patienterne det godt; at uddannelse i psykologiske teorier og metoder vil være gavnligt i den daglige behandling, set ud fra, at det daglige plejepersonale nok oftest ikke har et særlig stort kendskab til dem. Så langt så godt. Samtidig viser det imidlertid en misforstået imødekommenhed til den psykologiske tænkning, idet det der er brug for – både med henvisning til Karpatschofs undersøgelse og Rogers teori – er en fokusering på den *personlige* forholdemåde.

I forlængelse af dette, viser Karpatschofs undersøgelse jo, at SKP'ens evne til både nærhed og distance, (medmenneskelighed og professionalisme), fortrolighed, tillid, ærlighed, respekt og ligeværdighed karakteriserer de 'personlighedstræk' eller forholdemåder, der fremhæves i relationen med en god hjælper. Jeg vover gerne min akademiske frontallap ved udokumenteret at hævde, at disse undersøgelsesresultater uden videre kan generaliseres til alle – også ikke sindslidende – mennesker, hvad angår en rating af, hvad en god hjælp er.

Endvidere refererer Spinelli (1998) til McConaughy (1987)²⁶, der har "...fundet en betydelig positiv korrelation mellem de mest konsekvente, gavnlige terapeutiske resultater og minimal emotionel forstyrrelse hos terapeuten." (Spinelli, 1998, s. 74). Dog hersker der her et temmelig åbenlyst paradoks hos Spinelli, idet han anvender megen plads på, netop at betvivle terapeutiske effektundersøgelser i det hele taget.

Uagtet Spinellis paradoks, så underbygger Rogers med sit krav om terapeutens kongruens i terapisituationen McConaughys resultater, for så vidt man kan tillade sig at sidestille McConaughys begreb om 'minimal emotionel forstyrrelse hos terapeuten' med Rogers formulering om, at 'terapeuten må være kongruent (overensstemmende) i relationen'. Jeg tillader mig altså her at slå bro mellem Karpatschofs højt ratede kvaliteter og terapeutens eller hjælperens grad af kongruens i situationen.

Set på denne måde fejlfokuserer Craaford, ved at facilitere de ydre kvalifikationer til fordel for de indre, de personlige.

²⁶ McConaughy, The personality of the therapist in psychotherapeutic practice, 1987.

På et eksistensfilosofisk grundlag og i særdeles skærende kontrast til Craaford (og endnu mere kontrasterende til de biologisk, reduktionistisk orienterede psykiatere) kan nævnes Buber (1997), som er citeret i starten af denne fremstilling; at det helt nære, det altopslugende nærvær, opnås kun i det øjeblik mennesket kan træde ind i et Jeg-Du forhold, hvor forholdet i-sig-selv bliver det eneste eksisterende, og hvor min afgrænsning til verden forsvinder.

Buber er på samme tid både kompliceret og enkel. Måske også temmelig genial, i forståelsen klarsynet. For Buber findes der kun relationer i form af de to grundord. Hans to grundord; Jeg-Det og Jeg-Du, forstået som to af hinanden diskriminerende forhold, der enten betegner mit forhold til objektverdenen eller mit forhold til subjektverdenen, er for så vidt enkle at forstå. Men han udvider konceptet til også at indbefatte min egen oplevelse af mig selv; at jeg også er 'tvefoldig' i forholdet til mig selv. 'Jeg' står aldrig alene, men altid i et forhold, enten som objekt eller subjekt. Der findes ikke noget Jeg i sig selv. På denne måde skaber eller genererer vi verden i en hvilken som helst relation vi indgår i.

Dermed antager fordringen om det 'ægte møde', forstået som Jeg-Du mødet let en ideel karakter, der nemt kan tage pusten fra selv den mest nærværende og hårdkogte socialarbejder.

Så for at lette presset lidt vil jeg lade Bubers begreb om Jeg-Du grundordet rette sig mod Rogers begreb om autencitet, kongruens eller genuitet.²⁷

At den hjælpende i relationen må være genuin betyder ifølge Rogers:

"... that within the relationship he is freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself. It is the opposite of presenting a facade, either knowingly or unknowingly."

(Rogers, 1990, s. 224).

Man kan således tale om et 'ægte møde' i Buber'sk forstand, der fremhæver det ekstremt personlige aspekt hos den hjælpgivende, ved hjælp af bl.a. Rogers begreb om autencitet eller genuitet i mødet mellem mennesker.

Som også Karpatschofs undersøgelse viste, så er kvalifikationer som 'ærlighed', 'respekt', 'ligeværdighed' og 'tillid' vægtige forklaringer på - i dette tilfælde SKP'ernes - store grad af vellidthed og brugbarhed.

Jeg forestiller mig ikke, at SKP'erne i deres daglige dont er kreative konsulenter for 'a-ha' oplevelser og faciliterer åndelige, transcenderende møder med de brugere, de besøger. Jeg forestiller mig heller ikke, at SKP'erne opfylder Mearns/Thornes strenge krav til kompromisløs fuldbyrkelse af Rogers kernebetingelser. Alligevel viser Karpatschofs undersøgelse, at den tillid, der over tid skabes mellem bruger og SKP bærer så væsentlige elementer af det, man kunne kalde 'Jeg-Du' kvaliteter i sig, at det faktisk kan have en habiliterende effekt (se også afsnit 7.4.).

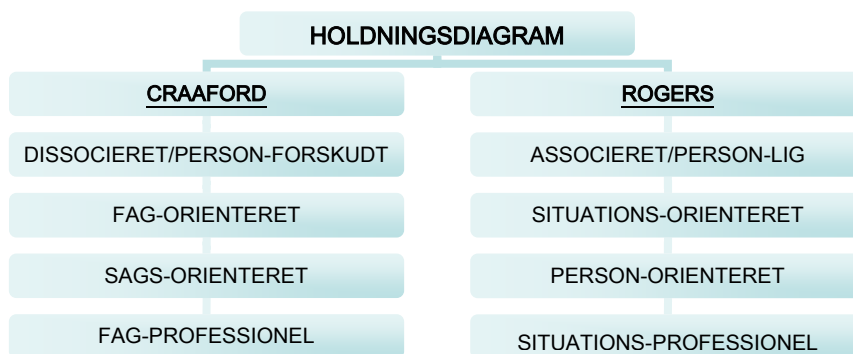
²⁷ Dette på trods af, at Deurzen (1999), med henvisning til Bubers udveksling med Rogers i *Carl Rogers: 'Dialogues; conversations with Martin Buber...'* fra 1990, mener, at Buber i denne dialog "...når et godt stykke ud over det sædvanlige humanistiske begreb om, at Jeg-Du-forhold er forhold, hvor vi er opmærksomme, empatiske, i overensstemmelse med os selv og værdsætter den anden positivt." (Deurzen, 1999, s. 107). Deurzen deler åbenbart den lidt overfladiske, men åbenbart temmelig udbredte, opfattelse, at Rogers var overfladisk. Vi vil her tillemppe Bubers begreb til Rogers, uagtet denne kritik fra Deurzen. Måske skyldes en del af kritikken, at Rogers kun perifert og til sidst i sit forfatterskab beskæftiger sig religiøst eller psykologisk-relationelt med åndsbegrebet, som både Buber, Kierkegaard og Deurzen selv gør?

Det bør måske overvejes, i hvor vid udstrækning kvalifikationerne hos den socialpsykiatriske medarbejder skal handle om de 'ydre' eller 'indre' egenskaber, som fokuseret af hhv. Craaford og Rogers. Det er imidlertid ikke befordrende at diskutere enten-eller med hensyn til dette spørgsmål. Der bør ideelt set ikke være tale om kompromisser hvad angår de 'indre' aspekter, for så vidt de handler om etableringen af relationer, hvor Karpatschofs 'kerne kvaliteter' er til stede. De skal være til stede i en udstrækning, der mærkes kvalitativt af hjælpmottageren. De udsagn fra brugere i undersøgelsen, der handler om hjælpen fra den øvrige psykiatri, hvad enten det er psykiatere eller psykologer, bliver rated dårligere på grund af disses distance, manglende engagement eller uligeværdige forholdemåde, hvilket indirekte støtter kerne kvaliteternes gyldighed.

På det ydre niveau, er det anderledes vanskeligere at sige noget entydigt om kvalifikationerne hos medarbejderen. Bør man, som Craaford foreslår, uddanne medarbejderen i psykodynamiske forståelsesformer, eller skaber denne viden barrierer for medarbejderens evne til genuitet, hvis diagnosen alligevel ikke inddrages som en del af dennes arbejdsfelt? Bør medarbejderen have viden om udviklingspsykologiske teorier, hvis de alligevel ikke anvendes terapeutisk? Det forstås, at Craafords kontekst er en psykoanalytisk referenceramme og rettetheden hospitalspsykiatrien, hvilket umiddelbart begrundet hans ønsker i nogen grad, men 'selv' i hospitalspsykiatrisk regi kan der stilles spørgsmål ved rimeligheden i at mødes med patienten med et psykopatologisk begrebsapparat, hvis ikke dette direkte og eksplicit overfor patienten anvendes til at stille diagnose for den medikamentelle behandlings skyld.

En lidt grovkornet model kan måske anskueliggøre forholdet:

Figur 1. Holdningsdiagram i hjælperelationer.



(Egen model)²⁸

Med begreberne 'dissocieret' og 'associeret' henviser jeg til graden af kongruens; overensstemmelse mellem personens ideal-selv og real-selv, som Rogers anvender dem. Kongruens kan også løst defineres som forståelsen 'genuin' eller 'autentisk'. Måske kan Yalom (1980) bedre forklare det. Han giver eksemplet på tjeneren, der er *lidt* for korrekt, *lidt* for præcis, en *anelse* for hurtig i sine bevægelser, en *anelse* for rank – blot en smule, men nok til, at man kan mærke, at han spiller den tjener han tror, han skal være; ikke den tjener, han faktisk er. Eksemplet afspejler præcis den inkongruente person i situationen; han er tjener og det er åbenlyst for alle, men han er ikke sig-selv-som-tjener, han er den-ideelle-tjener eller den tjener, han forestiller sig eller har lært, en tjener bør være. Selvfølgelig er han sig selv, også i denne 'egen-fortolkning', men

²⁸ Modellen er dog inspireret af fælles diskussioner i Støtte- og KontaktCentret.

han er sig selv på en inkongruent facon, for han er ikke 'Robert-der-også-er-tjener', han er 'den-tjener-som-Robert-forestiller-sig'. Han er dissocieret eller 'person-forskudt'. Rogers taler om 'et falsk selv', men det er en lidt bombastisk og absolut tænke måde, og i princippet er selv den person-forskudte optræden vel lige såvel et 'sandt' udtryk for personen – det er blot ikke kongruent.

Heraf følger en holdning, afspejlet i hhv. det fag-orienterede (titlen, autoriteten) eller det funktions-orienterede (situationen, arbejdet), det sags-orienterede (personen som objektiveret sag) eller det person-orienterede (personen som subjektiveret person) og endelig det fag-professionelle (den konventionelle forståelse af det, 'at være professionel', psykologen som psykolog, faget i forgrunden, personen i baggrunden) og den funktions-professionelle (et forslag til en ny professionalismeforståelse, hvor det er 'jeg, der også er psykolog', personen i forgrunden, faget i baggrunden, kunne man måske kalde 'perfeccionisme'?). Pointen med det lidt ufrivilligt komiske begreb, 'perfeccionisme', er under alle omstændigheder, at personen og faget er en integreret enhed, hvor hjælper møder den hjælpøgende som en hel person, der udover, fx. at være psykolog og dermed en fag-person, en professionel, også er sig selv. Det er ikke faget 'i-sig-selv', der bør være styrende, men personen.

Som jeg tidligere i indledningsafsnittet kritiserede Videnscentrets metodeantologis forfattere for at fokusere på støttesystemer for støttepersonerne, kunne det overvejes, om ikke Craaford i virkeligheden – sikkert i bedste mening – gør nøjagtig det samme; fejlfokuserer på støttepersonernes ydre 'kapacitetsgrundlag' i stedet for en styrkelse af de personlige aspekter, som fx. Karpatschofs kernekvaliteter eller Rogers kernebetingelser.

5.2. Organisatoriske og institutionelle betingelser

Dette leder tanken hen på de organisatoriske rammer. Hvor meget betyder de institutionelle betingelser for relationelt hjælpearbejde i socialpsykiatrien?

Er der nogen omstændigheder, vi med sikkerhed kan sige, har en fremtrædende plads i forhold til andet? Eller skal vi bero hjælpearbejdet på, at uanset hvor og hvordan dette arbejde finder sted, så er det i virkeligheden de to menneskers personlige relation, der bærer fremskridtet?

Der er noget der tyder på, at i hvert fald **tiden** er en afgørende faktor i arbejdet. (Karpatschof, 2002, 2001). Fra Karpatschofs undersøgelse ved vi nu, at det opsøgende arbejde i sindslidendes eget hjem spiller en afgørende rolle for, hvor god en hjælp der tilbydes. Og opsøgende arbejde tager tid – ikke blot i kontaktfasen, men også i den efterfølgende periode.

Centralt i Karpatschofs undersøgelse er det, at der typisk er en 'gennembrudsoplevelse' i kontaktfasen, der handler om SKP'ens vedholdenhed i at ville kontakten, ville relationen. Og vedholdenhed tager tid. Her et uddrag fra interview-materialet, hvor 'B' står for 'Bruger' og 'S' står for 'SKP':

"Da Mads (B) havde vænnet sig til Henriette (S) og var begyndt at stole lidt på hende, begyndte de at vaske tøj sammen og lavede andre praktiske ting. De har også lavet bus-træning sammen. Men der går yderligere to/tre måneder, hvor de bare vasker tøj. "Det var pisse-irriterende, at vasketøjet var sådan et stort problem for mig. Men når det var

overstået, så var det jo lækkert. Og så snakkede vi jo imens. Der gik nok et halvt år [fra de mødtes første gang], før vi kunne tage hul på større problemer”.

(Karpatschof, 2001, s. 701).

Et andet citat beskriver SKP'ens vedholdende forsøg på at få en mødeaftale i stand, som brugeren ligeså vedholdende bryder, indtil brugeren endelig bestemmer sig til at holde den:

”På et tidspunkt tænkte Karin [Bruger], at hun så alligevel ville lade det komme an på en prøve. [...] Birthe [SKP] var sød og rar og oprigtig interesseret i hende, kunne hun mærke. Allerede efter det første møde var hendes indstilling til Birthe ændret til det positive.”

(Karpatschof, 2001, s. 701).

En tredje væsentlig omstændighed i forbindelse med tidsfaktoren er muligheden for at følge en bruger fra indlæggelsen og ud igen, hvilket næste citat beskriver kvaliteten af:

”Vera (B) havde været indlagt [på et psykiatrisk hospital] i ca. 6-7 måneder og i løbet af de næste måneder, indtil hun blev udskrevet i juli, besøgte Morten (S) hende jævnligt på hospitalet. Vera siger, at det var meget hyggeligt at Morten blev ved med at komme der, det satte hun stor pris på.”

(Karpatschof, 2001, s. 701).

Desuden kan vi supplere med tal fra den kvantitative del af undersøgelsen, omtalt i afsnit 3.3.1., der viser, at den gennemsnitlige varighed for en SKP-kontakt er 1-2 år, med en besøgshyppighed på 1 gang om ugen. Vi taler altså her om lange kontakter, og som ovenstående citat viser, kan der for nogle gå lang tid, før et tillidsforhold er etableret.

Desuden udtrykker SKP'erne selv vigtigheden af tiden i arbejdet, som grundlag for at nå de mest isolerede sindslidende, for hvilke ordningen strengt taget har sin væsentligste berettigelse (Karpatschof, 2002).

Et interessant eksempel på denne del af diskussionen om tidsperspektivet er, at tal fra *Afdeling for Psykiatrisk Demografi* viser, at selvmordsrisikoen er størst i tiden umiddelbart efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling, hvilket vel bør føre til en styrkelse af indsatsen for en overgangskontakt mellem hospital og dagligdag – også selvom den sindslidende evt. har en aftale om ambulant behandling på et distriktspsykiatrisk center.

Tabel 1. Risikofaktorer for selvmord i Danmark, 1982-1994.

Variabel	Relativ risiko justeret for køn og alder	95% CI	Relativ risiko justeret for alle variabler	95% CI
Formue, øverste kvartil (ref)	1.00	-	1.00	-
Formue, 2. kvartil	1.11	0.90-1.37	0.84	0.66-1.05
Formue, nederste halvdel	1.37	1.15-1.64	0.94	0.77-1.16
Aldrig psykiatrisk indlagt (ref)	1.00	-	1.00	-
Indlagt	-	-	67.43	44.41-102.37
Udskrevet <8dage	-	-	325.18	131.77-802.48
Udskrevet 8-30 dage	-	-	70.01	40.75-120.27
Udskrevet 1-6 mdr.	-	-	35.96	24.51-52.75

Udskrevet 7-12 mdr.	-	-	29.51	193.57-44.99
Udskrevet >1 år	-	-	6.71	5.19-8.66
1. gang indlagt i seneste år	-	-	1.23	0.95-1.61
Alkoholmisbrug	-	-	1.11	0.78-1.59
Stofmisbrug	-	-	1.13	0.86-1.47
Skizofreni	-	-	0.69	0.44-1.08
Manio-depressiv psykose	-	-	1.61	1.16-2.24
Reaktiv psykose	-	-	1.70	1.21-2.37
Øvrige ikke organiske psykoser	-	-	0.84	0.44-1.60
Indlagt med øvrige diagnoser (ref)	-	-	1.00	-
Hovedstadsregionen vs. resten af Danmark	1.44	1.19-1.74	1.08	0.91-1.27

Kilde: Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Institut for Psykiatrisk Grundforskning. Bilagsdel til forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark, Sundhedsstyrelsen. 1998.

Ser man på tredje kolonne, viser tallene faktisk, at selvmordsrisikoen i de første 8 dage efter udskrivelse er ca. 4,5 gang større end de følgende 3 uger, hvorefter tendensen er fortsat faldende. Selve årsagerne til den store selvmordsrisiko umiddelbart efter udskrivelsen siger tallene ikke noget om. Om raten skydes for tidlig udskrivelse, for overfladisk eller ineffektiv behandlingsindsats eller noget helt tredje kan der ikke konkluderes på her. Det kunne under alle omstændigheder være spændende at undersøge tendensen på selvmordsrisikoen for de, der hhv. har og ikke har haft en SKP tilknyttet i overgangsfasen mellem hospital og hjem. Man kunne forestille sig, at en opprioritering af en sådan SKP-kontakt i overgangsfasen ville formindske denne risikotendens, ligesom den allerede i sin nuværende form mindsker risikoen for indlæggelse (Karpatschof, 2002). Det ville imidlertid betyde et omfangsrigt researcharbejde, en høj grad af tilladelse til journalindsigt, samt en koordinering af oplysninger mellem hospitalsvæsenet og SKP-ordningen, hvilket ville byde på væsentlige forhindringer mht. brugerens anonymitetsrettigheder, hvis en sådan undersøgelse skulle gennemføres. Nuvel, det relevante for tidsperspektivet i forbindelse med selvmordsrisikoen for udskrevne er jo at vise, at det er en tidsmæssigt krævende – men absolut nødvendig - opgave at opretholde en kontakt over tid, der kan hjælpe til at stabilisere dagligdagen for et sindslidende menneske.

Fra Craafords (1994) bog om kontaktperson-funktionen fremføres synspunktet, at der bør være meget større opmærksomhed på den personalegruppe, der omgås patienterne mest – kontaktpersonerne – idet netop de, der tilbringer mest tid med den sindslidende også er med til at øve størst indflydelse og kender personen bedst. Det er ikke noget bevis i sig selv på, at masser af tid tilbragt med en sindslidelse så også vil være en god hjælp, men det støtter synspunktet, at tiden som faktor i hjælpearbejdet er væsentlig. På samme måde med fx. SKP'erne, der, om end forsigtigt, kan sammenlignes med Craafords kontaktperson.

En anden faktor er *anonymitetsprincippet*. Det, at brugeren kan være anonym som modtager af hjælpen har ligeledes afgørende betydning for kvaliteten af hjælpen. Dette gælder for såvel SKP-arbejdet som for rådgivningsarbejdet, der også er en del af socialpsykiatriens tilbud. Erfaringsmæssigt har jeg ofte hørt mennesker, der bruger socialpsykiatrien sige, at det enten er ubehageligt at være registreret på kryds og tværs eller de fravælger simpelthen de hjælpeinstanser, der anvender journaler mv. Specielt når vi taler om de mest isolerede sindslidende mennesker kan anonymitet betyde en verden til forskel, ligesom praksissen med, at det, man

fortæller én rådgiver, ikke bliver fortalt videre til en anden internt på stedet, kan give grundlaget for en relation, man ikke finder andre steder, hvor man gør det.

Man kunne forestille sig problemet for hjælperelationens grad af troværdighed og tillid – to af Karpatschofs kerne kvaliteter – hvis anonymitetsprincippet ikke fandtes. Det findes allerede under sin nuværende form som et loyalitetsdilemma mellem på den ene side loyalitet overfor systemet og på den anden side loyalitet overfor brugeren (Karpatschof, 2002). Det er absolut en diskussion værd, hvorvidt denne umistelige kvalitet for relationen lider under de samarbejdsrelationer der lægges op til mellem fx. hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien, ved indførelsen af opsøgende psykoseteams mv. og de allerede eksisterende teams på lokalcentrene.

Arbejdstids-fleksibilitet er en tredje faktor af betydning for hjælpen. Dette skal forstås sådan, at SKP'en kan tilrettelægge arbejdstiden efter brugerens døgnrytme – en rytme, der ofte er forskubbet i forhold til den 'normale' døgnrytme, dvs., man sover længe og går sent i seng.

Dette betyder i praksis, at SKP'en har mulighed for at besøge vedkommende om aftenen, eller foretage sig ting sammen udenfor almindelig arbejdstid, fx. gå i biografen osv., hvilket SKP'erne selv understreger som en vigtig forudsætning for relationen (Karpatschof, 2002).

Funktionsafhængighed. Hidtil har vi beskæftiget os med SKP-ordningen, som er en meget specialiseret del af socialpsykiatrien, men kan man sige noget mere generelt, der også inkluderer fx. rådgivningsdelen; den personlige samtaleform, som den nu bredt set praktiseres i socialpsykiatrien og som måske i sin form knytter mere an til de traditionelle terapibegreber der har været anvendt end SKP-arbejdet gør?

Den rådgivningsform jeg kender bedst, er fra Støtte- og KontaktCentret, hvor døgnrådgivningen har karakter af et løst struktureret, dvs. ikke-formaliseret, tilbud, som anonymt og gratis kan benyttes til enhver tid af sindslidende i København, både telefonisk og personligt.

De institutionelle betingelser medfører, at det ikke er muligt at lave faste aftaler, da en sådan 'her-og-nu' rådgivning ikke kan garantere, at den pågældende rådgiver har tid på det givne tidspunkt, hvor den rådsøgende henvender sig.

Her ville man kunne sige, at tiden som en udvidende faktor ikke spiller samme rolle som i SKP-relationen, måske nærmere en afgrænsende. Den hjælpsøgende kan, for det første, ikke forvente et længere, sammenhængende samtaleforløb (men kan selvfølgelig henvende sig gentagne og, i princippet, et uendeligt antal gange), og for det andet kan man som hjælpsøgende ikke være sikker på, at en bestemt rådgiver har tid, da denne kan være optaget af en anden samtale. Hvor SKP-arbejdet tidsmæssigt er afhængigt af en vis udvidelse af tidsperspektivet, er rådgivningsarbejdet præget af mere tilfældige faktorer.

Det er derfor en speciel type rådgivning, der givet disse betingelser appellerer til problemer af mere eksistentiel karakter og ofte har et præg af krisesamtale, uden dette dog på nogen måde er et krav. Mange samtaler har karakter af afklarende og støttende samtaler, andre simpelthen af behovet for fortrolighed og nærvær.

Man kunne også fremføre den påstand, at de mennesker der opsøger rådgivningen, alt andet lige, vil være mennesker med et større overskud end de, der ikke tør gå ud af døren pga. angst,

men som så bruger SKP-ordningen i stedet. Der har rådgivningen dog også en døgntelefonservice, man så kan benytte.

Rådgiverne i Støtte- og KontaktCentret fungerer således ikke terapeutisk arbejdende i traditionel forstand²⁹, (selvom nogle samtaler kan være præget af meget dybe, nære og følelsesladede relationer) og befinder sig samtidig – ved siden af samtalerne, der både foregår personligt og telefonisk – i miljøet, hvor de også fungerer som 'værter' på stedet, uden det dog skal forstås i underholdningsmæssigt øjemed. Denne omstændighed kolliderer til dels med Craafords (1994) fordring om, at kontakt-personerne ikke også må være de, som driver terapi, hvis man tillader at slå bro mellem Craafords terapibegreb og rådgivningsarbejdet.

Overført til den socialpsykiatriske sammenhæng, hvor der ikke foregår terapi, kan man sige for både SKP'erne og for rådgiverne, at de både er en slags Craaford'ske kontakt-personer og 'terapeuter', forstået som dem, der også tager de helt personlige samtaler. Nok er dette en tillempet kollision med Craafords krav, men det bør vendes, hvorvidt dette arbejdsfunktionspotpourri så også er forsvarligt, da det sikkert vil møde undren hos mere konventionelt tænkende?

I Craafords verden – som er den psykodynamiske – ses terapeutens neutrale indstilling som et vigtigt element i terapien, da overføringen er en central del af terapien. Derfor kan man ikke, ifølge ham, vise sig som 'person' i den 'levede hverdag' for derefter at optræde som en neutral overførsingsfigur i terapilokalet. Hvilket kan have sin fornuft, hvis man er psykoanalytiker.

Arbejder man imidlertid i person-centrerede koncepter, hvor det netop er 'personen' – også hjælperens person – der 'arbejdes' med, kan det ses som en *fordel* at kende hinanden så godt som muligt, uanset om man befinder sig i eller udenfor terapilokalet.

Det har indtil nu i lang tid været en irriterende krølle i min forklaring af det virksomme i den socialpsykiatriske hverdag, at jeg ikke helt kunne præcisere det mulige udbytte den hjælpsøgende kunne have af at være sammen med mig over en opvask eller en småsnak om computere. Men dette Craaford'ske argument med psykoanalytisk begrundelse har rettet garnet lidt ud. Det er utopisk – og i øvrigt temmelig kunstigt – at tro, at man kan skelne særlig skarpt mellem den 'terapeutiske effekt' i og udenfor terapilokalet. Dermed ikke sagt, at der skal foregå terapi i alle sammenhænge; det ville være katastrofalt og ulideligt for den hjælpsøgende (og et af argumenterne mod en for enkel opfattelse af begreber som 'miljø-terapi' og 'relationsbehandling', hvis de da overhovedet har en berettigelse?), men ganske forløsende at tænke på, at jeg som 'person' i Rogers forstand ikke kun viser mig, når jeg sidder fordybet i terapilokalet, men også – hvilket for øvrigt jo eksistentielt set ikke er til at løbe fra – lever et liv som person, som andre kan bruge til at udveksle tanker, ideer, oplevelser og erfaringer med, hvorved en vis grad af afklaringsarbejde finder sted.

Man kan da være enig med Craaford i, at der skal være helt klare grænser for, hvornår der foregår terapi og hvornår der ikke gør (hvilket netop kan være en kritik mod 'miljø-terapi' og 'relationsbehandling'). Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at den måde, hvormed jeg ekspliciterer min person i det levede hverdagsliv, så også skader de mere personlige og dybe samtaler, måske tværtimod. Topor (2001) giver et eksempel på konsekvensen af en sådan 'hverdags-relation':

²⁹ Se afsnit 6.3. vedr. terapibegrebet.

"I saw [the therapist] at the post office when I wasn't feeling so good. He was standing there like any ordinary person. And that did something for me. Knowing that he was like any other ordinary person. He's not just my psychotherapist who I look up to. He's also an ordinary person and doesn't have to be anything else than just an ordinary person."

This observation leads Lars to draw a broader conclusion:

"I don't have to be the perfect patient. I don't have to be the worst patient or the best. I'm just a person who's had the privilege of getting qualified care. And that gave me an enormous lust for life that I carried around with me all that weekend... Life gives you these small injections sometimes."

(Topor, 2001, s. 306-07).

Topor konkluderer tidligere følgende vedr. overvejelser om professionalisme:

"It could be said, that professionals who contribute to recovery in these life stories do so partly because they display the same qualities found among ordinary people, among amateurs or non-professionals."

(Topor, 2001, s. 291)

Med risiko for at modtage akademiske smæk for uvidenskabelig kildeanvendelse, kan der yderligere refereres til en undersøgelse af terapeutens grad af personlig eksplicitet eller åbenhed. Med reference til den tidligere nævnte person-centrerede mailingliste jeg deltager i, refererede Barbara Temaner Brodley for nylig en undersøgelse offentliggjort i *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 597-603, foretaget af Barrett & Berman, hvor 18 terapeuter hver lavede to terapisesessioner, hvor de udviste hhv. lav og høj grad af 'self-disclosure', altså skjulte hhv. viste mere eller mindre af 'dem selv'. Hendes gengivelse af resultaterne var flg:

"Results: (1) Increased self-disclosure yielded significantly lower levels of client-reported symptom distress. (2) Increased self-disclosure significantly related to more liking of therapists. (3) Level of self-disclosure had no impact on the frequency or intimacy of client self-disclosures. Conclusions: "Strong evidence that modest levels of therapist self-disclosure are not harmful to treatment". "The authors caution against extrapolating beyond the scope of the study"."

Står denne undersøgelses resultater til troende, er det – på trods af de oprindelige forfatteres mildest talt forsigtige konklusioner – endnu et empirisk belæg for at styre i en person-centreret retning, hvad angår de virksomme kvaliteter i hjælperelationen, selvom punkt 3 dog ikke finder nogen indflydelse på klientens grad af 'self-disclosure'.

Hvis 'personlighedsforandring' i bred forstand er målet med at søge hjælp i socialpsykiatrien, så kan det altså ske mindst lige så kvalitativt forsvarligt, og endda med de nævnte positive faktorer, selvom den hjælpgivende stiller sig til rådighed som person i den ene eller den anden sammenhæng, som hvis denne ikke gør det.

Dette leder over til min oversigt over de forskellige relationelle sammenhænge, der findes i den socialpsykiatriske hverdag. Udgangspunktet for modellen er Støtte- og KontaktCentret, og dækker ikke nødvendigvis alle former for relationelle sammenhænge i andre former for socialpsykiatrisk praksis. Modellen retter sig især mod de, i ringe grad instrumentelt styrede, social-

psykiatriske indsatsområder. Fx. udelukkes bo- og arbejdsstræning, revalideringscentre og mere direkte og terapeutiske socialpsykiatriske indsatser eller andre indsatser, hvor en eksplicit behandlingsindsats i konventionel forstand dominerer.

Tabel 2. Relationssammenhænge i socialpsykiatrien.

MEDARBEJDERRELATION	KOLLEGIAL RELATION	SKP-RELATION	RÅDGIVER-RELATION
HJÆLPENS GRAD AF SYMMETRI	Høj grad af symmetri Udvidet kollegaskab*	'Kontraktlig asymmetri' Forskellig grad af erkendt problem	'Kontraktlig asymmetri' Høj grad af erkendt problem
HJÆLPENS KENDETEGN	Arbejdsfællesskab	Kontinuerlig støtte	Samtale
HJÆLPENS RETTETHED	Det praktiske	Det praktiske og personlige	Det personlige
HJÆLPENS KVALITET/GEVINST	Overvejende indirekte personlige, sociale og praktiske gevinster for alle parter	Både direkte og indirekte personlige, sociale, praktiske gevinster. Forandring, indsigt, afklaring, støtte	Overvejende direkte personlige gevinster. Forandring, indsigt, afklaring, støtte

(Egen model)

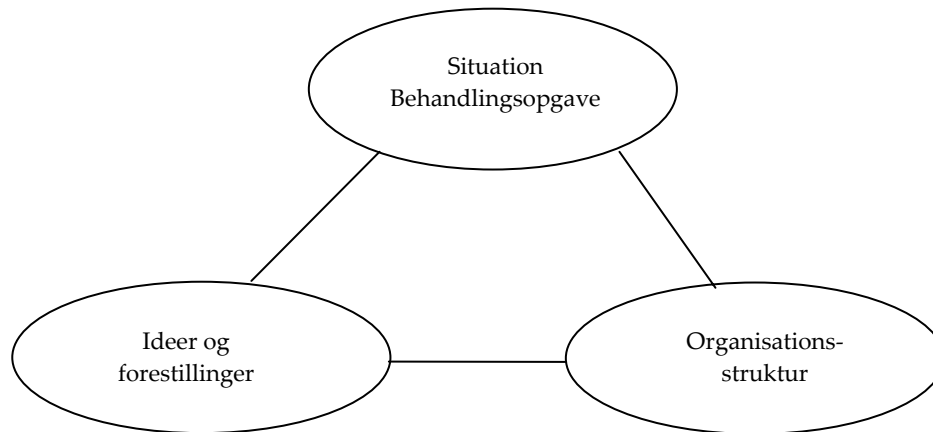
* Med 'udvidet kollegaskab' forstås en samarbejdsrelation, hvor man opfatter hinanden som kolleger med samme rettigheder og hvor ansvaret bestemmes af den enkeltes engagement, uanset om man har et lønnet ansættelsesforhold eller er frivillig medarbejder, har en diagnosticeret baggrund eller ej. Der er således ikke nogle behandlingsstrategiske agendaer knyttet til arbejdsfællesskabet, hvilket, efter mit kendskab til andre socialpsykiatriske tilbud, gør det udvidede kollegabegreb til noget unikt for Støtte- og Kontakt-Centret. Begrebet er oprindeligt introduceret af Karin Rue, psykolog og centerleder i Støtte- og Kontakt-Centret.

Modellen skal tjene som en oversigt over de hovedkategorier af hjælp, der adskiller sig mest. Det er dog vigtigt at understrege, at relationen, uanset placering i modellen, ikke bør fravige fx. de Karpatschof'ske kerne kvaliteter i det menneskelige møde eller for så vidt Rogers kernebetingelser, uanset rettetheden med relationen.

Under overskriften 'funktionsafhængighed' kan modellen tjene til at huske på, at selvom feltet kan være udflydende mellem fx. det i høj grad symmetriske arbejdsfællesskab og den personlige rådgivningssamtale, så skifter præmisserne for fokuseringen og opmærksomhedsgraden fra at være frit flydende i arbejdsfællesskabet (dvs. uden agendaer) til at have en rettethed mod den hjælpøgendes oplevelsesverden. Dette skift i fokusering er væsentlig for hjælpens kvalitet og kan nemt skabe en oplevelse af manglende respekt hos den hjælpøgende, hvis fokuseringen ikke skifter adækvat mellem de forskellige relationsammenhænge. Organisatorisk-institutionelt kan 'funktionsafhængighed' altså knyttes primært til evnen til hhv. at fastholde eller slippe hjælpfokus, afhængig af, om man befinder sig i en rådgivningssammenhæng eller en opvask – en kvalitet, fx. 'miljøterapi' eller 'relationsbehandling' helt mangler i sit grundlag.

En anden model at anskue organisationen ud fra kan Craaford (1994) hjælpe os med. Han giver en model fra Svalander og Widén (1983)³⁰, der knytter sig til deres begreb om 'behandlingsideen' og dens tilknytning til organisationsstrukturen, hvor det, der er organisationens hovedformål bliver benævnt 'kerneprocessen', og hvor organisationens dynamik skal handle om at støtte op om kerneprocessen - i Craafords sammenhæng kontaktperson-funktionen på den psykiatriske afdeling.

Figur 2. Behandlingsideen.



(Craaford, 1994, s. 191)

Det tilstræbes, i følge Craaford, at der i behandlingsideen skabes overensstemmelse mellem de tre dimensioner, og at kerneprocessen hele tiden fastholdes som centrum for støtten til kontaktpersonens daglige 'fornyelse og genopladning'. Den er ikke ment som en decideret organisationsmodel, men for at vise, at de personer, der varetager kerneprocesserne i organisationen skal have den interne opbakning i arbejdet og at de tre dimensioner i modellen skal være overensstemmende om dette formål.

I vores projekt kan modellen tjene som springbræt til en overvejelse af de organisatoriske rammers betydning for relationen. Som nævnt tidligere, i starten af kapitel 2, handler størsteparten af overvejelserne hos de professionelle om at opbygge støttesystemer for støttepersonerne, hvilket kan synes forbavsende, når man tænker over den forpinthed en sindslidende til sammenligning kan være opfyldt af. Der er ikke noget ondt i Craafords tænkning, for gennem en fokusering på kontaktpersonens relationsarbejde, hjælper man måske også den sindslidende på afdelingen. Fejlen ligger i den indbyggede konstruktion, at alle niveauer i behandlingssystemet konstant har en agenda i forhold til den sindslidende og forbigår de kvaliteter, der ligger i den almenmenneskelige relation, der er præget af mere direkte åbenhed mellem de to mennesker – en åbenhed, der ikke i nær så høj grad har brug for 'genopladning', 'reverie' eller andre støttende foranstaltninger for støttepersonen. Dette har ikke været muligt at underbygges empirisk; det ville være en udfordrende og omstændig opgave at måle på almenmenneskelige faktoreres betydning for hhv. den hjælpsøgende og den hjælpigvende, udover det, en henvisning til både Rogers og Topors nævnte argumenter vil kunne tilføre påstanden af validitet, samt med en henvisning til Karpatschofs undersøgelse (se kapitel 3).

³⁰ Svalander & Widén, Att vårda vårdarna, 1983.

Argumentet er ikke her, at den hjælpydende ikke skal have støtte, fx. i form af supervision og anden fordybelse i egne oplevelser eller inspiration til udvidelse af den intellektuelle horisont. Argumentet er, at systemet må bygges op, så støtten kan anvendes, når hjælpyderen har behov for den, fx. gennem en stående 'kontrakt' om kollegial supervision, brug af krisehjælp ved særlig voldsomme oplevelser, en kultur, hvor det er legalt at eksplicitere sine 'fejl' og ikke mindst en kultur, hvor ansvaret for relationen ikke er pålagt 'relationsmedarbejderen' som en arbejdsopgave, men kan forvaltes på et personligt plan, i takt med dennes egne valg. Tanken om at det er hjælperen, der er ansvarlig for relationen, som Craaford nævner, og som bl.a. er én af grundstenene i ACT-modellen (opsøgende psykoseteams), er en misforståelse af den personlige relations karakter i sin grundform. Den kan ikke ansvarliggøres i formalistisk sammenhæng uden samtidig at fratage personen dennes eksistentielle rettigheder. Måske tyder netop behovet for Craafords personales 'genopladningsbehov' på, at ansvaret for relationen, som hørende til hjælpyderens arbejdsområde, kunne forstås anderledes med et mindre genopladningsbehov, og deraf mindre behov for at opbygge støttesystemer for støttepersonerne, som resultat.

5.3. At blive en god hjælper

Mange af de 'krav' til en hjælperelation, som er rejst i dette kapitel, vil sikkert rejse et spørgsmål hos de fleste: 'Hvordan bliver jeg så i stand til at efterleve disse kernebetingelser?' 'Er det noget man kan lære?'

Der er ingen tvivl om, at nogle mennesker har lettere hhv. sværere ved at være åbne i relationen, være empatiske osv. end andre har, forstået som konstitueret i psykologiske opvækstomstændigheder, egne læringsprocesser og deraf psykologisk modenhed.

Mearns/Thorne (2000) giver os et bud på et svar, idet de knytter empatibegrebet sammen med evnen til accept, som to uløselige kvaliteter.

Husker vi også Rogers egne ord – at evnen til at facilitere et miljø, hvor muligheden for vækst fremmes, hænger sammen med ens egen grad af psykologisk vækst eller modenhed – så kan man rimeligvis slutte, at graden af egenaccept vil afspejle graden af ens facilitative evner i Rogers forstand. Hvilket videre vil sige, at man som hjælper i en vis forstand altid også står i samme position som den hjælpsøgende; for at videreudvikle ens egenaccept og dermed evnen til empatisk og ubetinget positiv accept af den hjælpsøgende person, må hjælperen selv stå i et konstant udviklingsforhold til sin egenaccept.

Hvis man ud fra en person-centreret forståelsesramme ser på det at være en god hjælper, så er det noget der kan læres. Processen, hvori det skal foregå, må være den samme proces, som den hjælpsøgende skal igennem på sin egen måde, for at vokse som person – at opnå psykologisk modenhed.

Dermed indbygges en ligeværdighed på et temmelig fundamentalt niveau, noget man ikke kan værdisætte eller formalisere (og dermed desværre kun vanskeligt videnskabeliggøre), hvilket understreger vigtigheden af, at PCA først og fremmest handler om en internalisering af forholdemåden, som et *levet liv*, og forklarer dermed også den ringe vægtning af tekniske færdigheder hos Rogers. Det gør det dermed omvendt proportionalt vanskeligt at 'lære' den person-centrerede metode, hvis metode forstås som en indvendighed frem for den udvendige metode-

forståelse, der i høj grad synes at kendetegne de mere operationelle retninger, som fx. kognitiv/behavioristisk retning.

Psykologisk modenhed vil begribeligvis være en uafsluttet rejse, og selvindsigt i egne følelsesmæssige og oplevelsesmæssige – i mindre grad kognitive – reaktioner på (ofte eksistentielle) meninger og betydninger i ens liv, vil være den vigtigste del af denne rejse.

Et eksempel på, hvordan empati kan forstås, giver Mearns/Thorne (2000) her:

"To be empathic is to take the risk that acceptance and compassion will remain constant and unshaken no matter how deep and revelatory the understanding. To refuse to empathize is to capitulate to the fear that understanding will lead to discomfort or, in the worse instances, to contempt or even hatred."

(Mearns & Thorne, 2000, s. 94).

Så på spørgsmålet om man kan lære at blive empatisk, må man fra en person-centreret synsvinkel svare bekræftende. Blot hænger det empatiske sammen med en udvikling hen imod en større grad af ubetinget, positiv egenaccept, der gør, at 'frygten for det ukendte', dvs. det ubehagelige, man evt. måtte opdage ved en egen-eksploration, er blevet 'accepteret væk' eller minimeret til en grad, der ikke får indflydelse på, hvorvidt hjælperen er i stand til at følge med den hjælp-søgende derhen, hvor denne måtte ville. Og samtidig er i stand til at kommunikere denne – ægte – oplevede lyst til at ville sig selv. Eller som Rogers i indledningscitatet til denne fremstilling er citeret for: "... in successful therapy clients seem to come to have real affection for themselves." Dette gælder ikke mindre for hjælperen.

Kapitel 6. Behandlingstanken og dens betydning for den socialpsykiatriske relation

*"Man kunne også vende det hele på hovedet og sige, at den eneste **rigtige** behandling der i virkeligheden finder sted, sker i socialpsykiatrien".*

En tilfreds bruger af socialpsykiatrien.

Denne udtalelse hørte jeg for nylig, da jeg fortalte om dette speciale til et menneske, der bruger Støtte- og KontaktCentret, og snakken faldt på, hvad man kunne kalde det der sker i socialpsykiatrien, hvis man nu skulle prøve at finde nogle nye begreber, der passede til den praksis, der finder sted, fx. i stedet for det konventionelle behandlingsbegreb.

Denne 'rigtige' behandling henviser naturligvis til, dels, at den formaliserede behandling, der finder sted andre steder, mangler det menneskelige aspekt, og dels, at det samme ikke er tilfældet i socialpsykiatrien.

Benny Karpatschof (2001) skelner mellem den 'psykopatologiserende reduktionisme', betegnende den form for behandling, der finder sted i den konventionelle psykiatri og 'det at blive behandlet ordentligt', som en konklusion af det arbejde, som evalueringsarbejdet af støtte- og kontaktperson-ordningen i Københavns Kommune mandede ud i (se kapitel 3); at der blandt brugerne af ordningen er en overordentlig stor forskel i tilfredshedsgraden mellem den forholdemåde, som SKP'erne repræsenterer (at blive behandlet ordentligt) og den forholdemåde mange møder i den øvrige psykiatri og som mange brugere forholder sig kritisk til (psykopatologiserende reduktionisme).

Nils Jensen (1996) taler, med henvisning til Løchen (1971), om begrebet 'den diagnostiske kultur' i forståelsen, at denne altid placerer årsagerne til adfærd i individet, som et personlighedsproblem, men overser adfærden som udtryk for sociale konstellationer og konflikter.

Emmy van Deurzen (1999) taler, på psykoterapiens vegne, om den nærmest selvbedrageriske position, psykoterapeuten indtager gennem sin alvidenhed – gennem terapeutens analyse af egne fejl og mangler og patologi, hvor resultatet, i stedet for en indsigt i styrken af disse fejl og mangler, fører til

"... en hemmelig følelse af mangel, der skal skjules og overvindes, således at man fra analytikerens eller psykoterapeutens overlegne position kan begynde at spille "mere-hellig-end-dig" over for andre. Det er på tide, at nogen åbenbarer de løgne, vi psykoterapeuter fortæller os selv."

(Deurzen, 1999, s. 383).

Det forekommer at være et tilbagevendende problem for både den ikke-diagnosticerende og den diagnosticerende del af hjælpesystemet, at man ikke på nogen måde ser ud til at kunne

komme med nogle mere samlede løsningsforslag til en sammenhængende hjælp til sindslidende.

Den konventionelt behandlende psykiatri er konstant – og nogle gange med rette – under beskyldning fra mange sider; brugerorganisationer, pårørende og andre professionelle faggrupper. Kritikken går oftest på en umyndiggørende behandling, dvs. måden vi behandler hinanden på og det eksisterende instrumentelle behandlingsregimes konsekvenser af fremmedgørelse og objektivisering. Udtalelserne fra mange af brugerne i Karpatschofs evaluering er nogle eksempler herpå (Karpatschhof, 2001, 2002).

Omvendt, svarer psykiatrien igen med en forskansning bag til stadighed mere naturvidenskabeligt baserede psykokemiske forklaringsmodeller (Bechgaard et al. 2001), og lukker dermed døren i for den egentlige diskussion – de grundlæggende forholdemåder i 'behandlingen' af vores medmennesker.

I det følgende vil vi mere konkret analysere nogle centrale begreber i behandlingskonceptet: 'diagnosen', 'klienten', 'behandleren' og 'den professionelle relation'. Det skal stadig pointeres, at psykiatrien ikke er det egentlige mål for dette arbejde, men det skønnes nødvendigt at inddrage denne, idet socialpsykiatriens dilemma og binding til den konventionelle psykiatri, som en psykiatri, der ikke er en psykiatri, ikke kan se sig fri for lignende begrebslige og praktiske koncepter.

6.1. Diagnosen

Diagnosen er et arbejdsredskab i psykiatrien og store dele af den kliniske psykologi. I psykiatrien primært i forbindelse med medicinering, i klinisk psykologi i forbindelse med, hvilken metodisk og 'strategisk' vinkel terapeuten indtager.

I socialpsykiatrien arbejdes meget lidt, hvis overhovedet, med diagnostiske redskaber, men ikke desto mindre støder man erfaringsmæssigt ofte på anvendelsen af diagnoser som begrebsmæssige konstruktioner og dermed med psykopatologien i forgrunden. Man kan ganske vist ikke ligefrem tale om en 'diagnostisk kultur', men socialpsykiatrien er beklageligvis *ikke* så diagnosefri som mange måske tror eller ønsker at tro. For eksempel taler man ofte om 'psykose-terapi' og lignende. Et eksempel fra 'Socialpsykiatri – et systemisk perspektiv':

"Generelt kan man sige, at socialpsykiatrien arbejder med psykosocial rehabilitering af mennesker, der lider af en psykisk sygdom. Sindslidelsen vil oftest være af psykotisk art, og det pågældende menneske vil som oftest først have været i behandling for den psykotiske lidelse i psykiatrien..."

(Larsen et al., 2000, s. 17)

I det hele taget bør man stille spørgsmålet om, hvorvidt det i det hele taget er ønskeligt at tale om 'psykisk sygdom' i forbindelse med sindslidelser? Det er imidlertid en on-going diskussion, der ikke er det primære formål her, men det er klart, at denne opfattelse af sindslidelse – som en sygdom³¹ – begrebsmæssigt og dermed forståelsesmæssigt fører til en række implicite opfattel-

³¹ Bechgaard, i Bechgaard, et al., (2001), diskuterer reduktionismeproblemet ved en sygdomsopfattelse af sindslidelser. I sygdomsbegrebet ligger opfattelsen, at den opstår af en årsag. Da man har så lidt viden om sindslidelsers årsagsforhold,

ser af det menneske, der søger hjælp, der er diametralt i modsætning af, hvad denne opgave, med det personcentrerede menneskesyn i forgrunden, anlægger af syn på mennesker med en sindslidelse og fordrer af socialpsykiatrien.

6.1.1. Tre kernekritikpunkter af diagnosen

Der er nogle andre overvejelser der, udover Bechgaards reduktionismeproblemer, gør, at diskussionen om diagnosen er vigtig.

- ✚ For det første en **social-filosofisk**, der omhandler diagnosens tingsliggørelse af personen og om retten til at definere et andet menneskes oplevelsesverden.
- ✚ For det andet en **praktisk**, der handler om risikoen for fejldiagnosticering.
- ✚ For det tredje en **terapeutisk**, der vedrører det, Rogers kalder 'locus of evaluation'.

Social-filosofisk kan diagnosticeringskulturen have en objektiviserende karakter, og dermed eksistentielt set fratage mennesket retten til ansvaret for egen vilje. Bl.a. med henvisning til Buber (1997) kan man skelne mellem Jeg-Det og Jeg-Du relationer, hvor en kultur båret af instrumentelt prægede relationer, ikke blot tingsliggør den hjælpsøgende, men samtidig forstærker de hjælpgivendes forholdemåde hen imod Jeg-Det-relationer på et generelt plan.

Når diagnosen anvendes kan det desuden medføre en vidtgående række af sociale implikationer for den diagnosticerede. Man kan føle sig 'stemplet' eller 'sat i bås' som en udstødt. Det opleves ikke sjældent, at disse nævnte oplevelser af at 'være sat i bås' fremføres i den socialpsykiatriske dagligdag af brugere, der er blevet alvorligt trætte af at føle sig puttet i kategorier. Det pudsige er, hvilket retfærdigvis skal siges, så benævner mange sig selv som 'psykisk syg' eller 'skizofren' som den naturligste sag i verden. Om det er i opgivelsens eller overgivelsens navn eller om det giver en vis tryghed at 'være noget kendt' er nok ikke entydigt og kunne nok være en nærmere undersøgelse værd: 'Hvordan opleves det at have en psykiatrisk diagnose – og hvilken betydning har det for pågældendes selvopfattelse?' For nogle menneskers vedkommende kan være en befrielse, bare at føle, at de bliver hjulpet, diagnose eller ej. Eller med Hummelvolls ord (1995), hvor han refererer en patientudtalelse:

"Men for en del mennesker, der har kæmpet alene med vanskelighederne i længere tid, uden at de er nået til en løsning på problemerne, vil det at komme ind i en behandlingssituation kunne føles som en stor lettelse: "Det var en lettelse at høre, at jeg ville få hjælp. Jeg følte, jeg var kommet det rette sted hen"". (Hummelvoll, s. 24, 1995).

Måske kunne man, med Nils Jensens ord (1996), forstå denne modsætningsfyldte problematik ud fra begreberne om en 'disease-forståelse' og en 'illness-forståelse'. Nils Jensen fremfører, at problemet er størst, når den sindslidende mødes med en 'disease-forståelse' hos den professionelle hjælper, men selv har en 'illness-forståelse'.

Med disse to begreber taler man om to kategorialt forskellige rum. Sindslidelsen som en sygdom (disease) og sindslidelsen som en lidelse (illness), hvor den første paradigmatisk søger en forklaringsmodel og den sidste en forståelsesmodel. Det værste, mener Nils Jensen, er, når disse

skaber det unægtelig et vist dilemma at betragte dem indenfor sygdomskonceptet, da en behandling uden en klarlagt årsag bryder logikken. For ikke at bryde logikken finder psykiatrien ofte videnskabeligheden i somatikens årsager, der er noget nemmere at videnskabeliggøre årsagsforholdene til på naturvidenskabeligt grundlag.

to opfattelser mødes. Det er knap så slemt, hvis de falder sammen; at den sindslidende også har en 'disease-forståelse' som egenforståelse. I dette tilfælde er det lettere at være offentlig om sin tilstand. På samme måde når begge har en 'illness-forståelse'. Problemet er størst, når de er forskellige, hvilket gør, at den sindslidende ofte vælger en hemmeligholdelsesstrategi, der selv sagt gør det noget vanskeligere at hjælpe og blive hjulpet (Jensen, 1996).

Der er imidlertid også sindslidende, der insisterer på en 'disease-forståelse' af deres livssituation, hvilket gør en offentlighed for denne person sværere, hvis han mødes med en 'illness-forståelse' hos hjælperen. Af samme grund argumenterer Nils Jensen, at udbudet af tilbud bør være rigt facetteret, idet nogle vil kunne være offentlige mht. sindslidelsen, og derfor vil kunne profitere af 'åbne' tilbud, såsom væresteder ol., mens andre, der vælger hemmeligholdelsesstrategien bedre vil kunne profitere af fx. selvhjælpsgrupper, telefonrådgivninger osv. Støtte- og KontaktCentret, hvorfra min socialpsykiatriske erfaringsbase stammer, rummer faktisk alle disse muligheder – og set i lyset af Jensens begreber om 'disease' og 'illness' bliver centret også brugt sådan.

Denne filosofiske del af kritikken handler også om paradigmer. Diagnosen har traditionelt været knyttet til somatikken, hvoraf psykiatrien historisk, forstået som den anstalts- eller hospitalspsykiatri der udviklede sig fra midten af 1800-hundredetallet i forbindelse med reformeringen af dårevæsenet (Kelstrup, 1983), er udsprunget.

Man har – om end psykiatrien efterhånden har indoptaget flere sociale indfaldsvinkler på sindslidelsen – fra begyndelsen anlagt det naturvidenskabelige paradigmes syn på sindslidelser og gør det stadig i dag, jf. Sundhedsstyrelsens citat:

"Psykiatri er et lægeligt speciale og distriktspsykiatri er "en organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje)..." og "...Det centrale i den naturvidenskabelige medicinske model er at sygdom defineres ud fra "objektive, påviselige tegn på fysiske ændringer i legemets struktur eller funktion"..."

(Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien, Sundhedsstyrelsen 1998³²)

Jensen (1996) fremfører, at det har vist sig vanskeligt at honorere validitetskravene i den diagnostiske praksis – bl.a. henviser han til udtalelser af Raben Rosenberg og Niels Reisby (begge psykiatere), der hver på sin måde udtaler, at specielt psykosebegeret volder psykiaterne store vanskeligheder at definere og at et af psykiatriens mange dilemmaer er, at det centrale kliniske begreb 'psykose' ikke kan defineres præcist, hvilket bl.a. Bechgaard (2001) må siges at støtte med sin påvisning af vanskelighederne ved ætiologien i forhold til sindslidelser (se afsnit 6.1., s. 55, note 32). Som man også kan se af den historiske udvikling (bl.a. Kelstrup, 1983, Lone Karpatschhof, 1980), er sindslidelse da stort set også blevet betragtet som en sygdom gennem hele historien og dette på flere måder:

- den tidlige kirkelige som besættelse.
- den tidlige videnskabelige, somatiske, som hjernedefekter.
- den tidlige videnskabelige, psykiske, som væsens-, moralsk-, social defekt (ånd).
- den senere videnskabelige som genetiske, psykokemiske dysfunktioner.

³² http://www.sst.dk/publ/publ1998/maal_kval_distpsyk/index.htm

De fleste psykiatriske udsagn jeg har hørt i forbindelse med fx. Psykiatrifondens konferencer, har i høj grad fokuseret på de biologiske sider af sindslidelserne og den gængse betegnelse for sindslidelse har været 'psykisk syg'. Både depressioner og skizofreni, som er de mest udbredte (diagnosticerede) sindslidelser for tiden, betegnes desuden i Psykiatrifondens publikationer som sygdomme og sygelige tilstande (Psykiatrifonden 1997a, 1997b). Bechgaards (2001) konklusion på skizofreniområdet er, at de undersøgelser af behandlingseffekt, hhv. medicinsk og psykologisk, der foreligger, er så inkonsistente, at man ikke kan sige noget entydigt, hverken om behandling eller ætologi; kun at skizofreni betragtet som gruppe er så bred og mangefacetteret, at de tilbud man i dag tilbyder, må siges at være utilstrækkelige og ensidige. I forhold til depression konkluderer Hougaard og Nielsen, ligeledes i Bechgaard (2001), at for visse depressioner, fx. unipolare, så opnår både kognitiv og interpersonel psykoterapi mindst lige så gode – hvis ikke bedre³³ – resultater som medicinsk behandling gør. For de bipolare depressioner eller direkte psykotiske udgaver hældes overvejende til medicinsk behandling. Overordnet set, konkluderes det imidlertid, at kombinationsbehandling ser ud til at producere de bedste resultater. Tager man imidlertid undersøgelser om 'non-specifikke' faktorerers betydning med i denne betragtningssække, så er, som nævnt i Hougaard (1996), både placeboeffekt og forhåndsforventninger til 'ekspertens' formåen ikke uden betydning for behandlingens resultat, hvilket ikke er medinddraget i Bechgaards konklusion.

Vi har altså en svær situation, hvor vi ved for lidt, behandler, om ikke i blinde, så i tågedis, og hvor den logiske linje fra ætologi over sygdomsproces til behandling synes at skabe inkonsistente behandlingsmetoder og usikre terapeutiske indsatser. Denne 'ausfahrt' til behandlingsresultater for hhv. psykologisk og medicinsk tilgang skal holdes op mod diskussionen om sygdomsbegrebet. Hvis man entydigt kunne fastslå ætologien for en sindslidelse, kunne man måske mere berettiget henføre den under en sygdomsforståelse, men ud fra de aktuelle forskningsresultater, er hverken sygdom eller sindslidelse mere sandt eller falsk.

Lidt firkantet kan man altså konkludere, at psykiatrien specielt, og måske også dele af hospitalspsykologien, forstår sindslidelse som en *sygdom*, mens en alternativ forståelse af sindslidelser er forståelsen af dem som en *sårbarhed* eller *lidelse* eller, med Rogers terminologi, en *inkongruens*.

Som det fremgår af Strömngrens "Psykiatri", citeret i Willadsen (1988), beskæftiger psykiatrien sig med de sjælelige abnormiteter:

"Som hørende til psykiatriens område vil man opfatte sygdomme og tilstande, der domineres af psykiske symptomer, eller for hvis opståen sjælelige faktorer er af væsentlig betydning". Og videre: *"Psykosser og neuroser er sygdomme som andre sygdomme..."*.

(Willadsen, 1988, s. 41).

Endvidere citeres Strömngren for at benævne psykopatier og oligofrenier (sinker/åndssvage) som hhv. *"defekter og disharmonier i karakteren"* og *"intelligensdefekterne..."*, men regner ikke disse to sidstnævnte som egentlige sygdomme. Ifølge Strömngren (som lægerne der virker i dag, førhen blev undervist i), er sygdommene psykose og neurose noget man erhverver i livet på linie med

³³ Dog tages forbehold for denne forskel idet der er indikationer på psykoterapiens bedre udfald som resultat af klientens mangelfulde indtagelse af den ordinerede medicin og dennes eventuelle forskersympati til fordel for psykoterapi. Men selv disse forbehold kan tages som et positivt udtryk for en bedre behandling, hvis man betragter dem fra en pragmatisk synsvinkel; klienten får det bedre, forskersympati eller ej.

et benbrud, mens defekterne er medfødte tilstande, ligesom skrumpenyrer, hjertedefekter og klumpfødder.

Sygdomsbegrebet implicerer, at det drejer sig om noget, det enkelte menneske ikke selv er herre over eller har indflydelse på. Det betyder, at helbredelsen ligger udenfor menneskets vilje. Det betyder også, at helbredelsen ligger i lægens hænder. Ansvar er placeret hos sygdomshelbrederen; i denne forbindelse psykiateren.

Grunden til, at der ofres så relativt megen plads på den psykiatriske opfattelse af sindslidelsen er, at den trækker sine rødder ind i socialpsykiatrien. Socialpsykiatriens forbindelse til psykiatrien er hovedsagelig, at de personer der anvender socialpsykiatriske tilbud i langt overvejende grad har med sig én eller flere diagnoser. Nogle steder er det endda et krav for at kunne anvende det socialpsykiatriske tilbud, at man er diagnosticeret. Det er derfor ikke uvæsentligt, hvordan den socialpsykiatriske forholdemåde tager sig ud, set i lyset af det (eventuelle) selvbillede som brugere af socialpsykiatrien tager med sig fra den psykiatriske behandlingsverden, endsige den måde en socialpsykiatrisk bruger tror, at den socialpsykiatriske medarbejder opfatter vedkommende på. Videnscenter for Socialpsykiatri åbner op for diskussionen ved at foreslå, at arbejdet i socialpsykiatrien måske mere præcist handler om 'psykosocial rehabilitering' (VISP, 2000a).

Det er dog ikke min hensigt her at dramatisere problemstillingen unødigt og skabe et billede af store konfrontationer mellem hhv. det psykiatriske paradigme og den socialpsykiatriske praksis.³⁴ Det er min hensigt at pointere, at hvis man skal introducere en forholdemåde i socialpsykiatrien, der faciliterer den humanistiske psykologis kerneområder, er det nødvendigt at være opmærksom på de ideologiske modsætninger, der møder brugeren, når denne bevæger sig mellem de to verdener, og samtidig være opmærksom på de problemer det kan medføre for socialpsykiatriens praksis, der hvor den naturvidenskabelige tænkning trods alt øver en vis indflydelse på socialpsykiatrien, fx. når socialpsykiatriske praktikere selv anvender diagnostiske betegnelser, som anført tidligere.

Man skal nemlig passe på, ikke at lave en alvorlig fejlslutning, som Lone Karpatschof (1980) påviser i sin analyse af 'den diagnostiske kultur' – primært gennem en analyse af Strömngrens lærebøger i psykiatri. Lone Karpatschof anfægter 'den diagnostiske kultur' på baggrund af dens manglende basisteori – et krav, Strömgren selv fremsætter. For Lone Karpatschof kunne en normalitetsteori udgøre en sådan basisteori, mens Strömgren mangler en sådan. I stedet gør han psykiatrien til en sådan basisteori, og bruger dermed en praksis for sygdomsteori som basisteori til at fastslå en normalitetsbestemmelse. Dette understreger den falske logik i sygdomsbegrebet, som også Bechgaard (2001) anfører.

Sammenfatter man det forløbne er det ikke urimeligt at foreslå, at psykiatriens anvendelse af diagnosen på naturvidenskabeligt grundlag har nogle konsekvenser for den måde, hjælpen bliver udøvet, nemlig som en forklaringskultur, der tillige videnskabsteoretisk er præget af et alvorligt dilemma. Hvad denne kultur gør ved den måde hjælperen møder den hjælpøgende på er svært præcist at sige, og udsigelsen kunne da foregå på flere planer, hvoraf denne holder sig til det filosofiske eller videnskabsteoretiske og dermed det etisk-moralske: hvilken ret har psykiateren til at diagnosticere med de deraf følgende konsekvenser for den diagnosticerede, når flere psykiatere (Willadsen, 1988 + se følgende) og forskellige effektundersøgelser fastslår

³⁴ Jeg mener i øvrigt ikke engang, man til sammenligning kan tale om noget egentligt paradigme i forbindelse med socialpsykiatrien, som den ser ud i dag.

den store tvivl om selve psykosebegrebet, normalitetsbegrebet og de medicinske behandlingsresultater?

Og hvilke konsekvenser har det for socialpsykiatrien, når den, som realiteterne er, lader sig influere af denne forholdemåde?

Praktisk forstået er der belæg for at stille spørgsmål ved selve troværdigheden af diagnosticeringen. Det er af flere vist, at diagnosen er uhyggelig usikker, og kritikken er ikke mindst fremført af psykiatere, der selv i større eller mindre udstrækning anvender diagnosen som redskab for medicinering.

Her er et uddrag fra *Critical Psychiatry Network's Website*, der fortrinsvis drives af psykiatere:

"In particular, over recent years, psychiatric diagnosis has become increasingly codified following the original paper by Feighner et al (1972), and the introduction of the Research Diagnostic Criteria (Spitzer et al 1975), through editions of DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV (APA 1994) and ICD-10 (WHO 1992). Robert Spitzer, who chaired the DSM-III Task Force, was particularly concerned about a study by Rosenhan (1973), which raised the fear that unreliable diagnoses may invalidate the whole process of psychiatric practice (Spitzer & Fleiss 1974). Rosenhan demonstrated that normal people could gain admission to hospital and acquire a diagnosis of schizophrenia by merely feigning a mundane, simple hallucination, saying they were hearing a voice say "thud", "empty" or "hollow". He concluded that professionals were unable to distinguish the sane from the insane. Operationalisation of psychiatric criteria arose as a response to the perceived need for objectification in diagnosis."

(Genoptryk fra CPD Bulletin Psychiatry (2000) 2, 33-36.)³⁵.

Jytte Willadsen (1988), som selv er psykiater, har ligeledes vist, at diagnosen er behæftet med mange faldgruber. Hun giver eksempler på forskellige patienters forskelligartede diagnoser, hvoraf flere betegner åbenlyst modsatrettede og – efter diagnosticeringsprincipperne selv – indbyrdes ulogiske og umulige samtidige tilstande.

Person-Centered Approach forholder sig til diagnosen på følgende måde:

"There are other, more transitory objections which might be raised, but which have not had much actual influence. One is the high degree of unreliability in diagnostic formulations. Ash (10) has found that even under favorable conditions, and considering only some sixty diagnostic categories, rather than any more complex formulation of dynamic mechanisms, agreement by three psychiatrists was found in only 20 per cent of the cases, and even when the categories were grouped into five major classifications the agreement was only 46 per cent."

(Rogers, 1951, s. 225, fodnote 1.)

Alle disse eksempler rækker måske nok længere ind i psykiatrien end i socialpsykiatrien, og burde specielt i psykiatrien blive genstand for en overvejelse af, i hvilken udstrækning diagnosen har sin berettigelse. Men som nævnt har det nogle implikationer for socialpsykiatrien, i den

³⁵ <http://www.critpsynet.freeuk.com/criticalpsychiatry.htm>.

udstrækning socialpsykiatrien tager de diagnostiske betegnelser, og dermed det naturvidenskabelige menneskesyn, til sig.

Med det overordnede ønske at diskutere en implementering af en person-centreret forholdemåde i socialpsykiatrien, og altså et humanistisk psykologisk paradigme, er det klart, at det er særdeles problematisk, hvis socialpsykiatrien adopterer den psykiatriske forholdemåde eller forklaringsmodells grundlag. Socialpsykiatrien skal virke på det personlige og interpersonelle, psykologiske og praktiske niveau, ikke på det fragmenterende, tingsliggørende naturvidenskabelige paradigmes.

Terapeutisk kan man spørge, hvilken funktion diagnosen har. Det er åbenlyst i psykiatrien, hvor diagnosen primært er et redskab til at medicinere. Mindre åbenlyst, og derfor i virkeligheden måske mere kritisabelt, anvendes diagnosen til at vælge behandlingsstrategi i klinisk psykologi.

Rogers anfører en kritik mod at anvende diagnoser i psykologisk, terapeutisk sammenhæng, fordi man derved flytter det, han kalder 'locus of evaluation' fra personen, over i terapeuten – stik imod hele den personcentrerede tænkning. Faktisk anser PCA selve inkongruensens grundlag som et resultat af, at locus of evaluation netop ikke i udviklingen har haft rod i personen, men i omgivelserne.

Locus of evaluation kan bedst oversættes som det, at udgangspunktet for enhver vurdering i personens liv sker med afsæt i personens indre oplevelse af verden og altså ikke ud fra, hvordan personen tror, at omgivelserne vil have at han vurderer verden eller det, han direkte bliver vurderet *som*. Begrebet knytter sig til ideen om en kongruent personlighed, hvor personen er i stand til at opleve en stor grad af ubetinget positiv egenaccept, og derved er i overensstemmelse mellem sin umiddelbare oplevelse (real-selv) og den måde personen ønsker at opleve sig-selv-i-verden (ideal-selv).³⁶

"There is a degree of loss of personhood as the individual acquires the belief that only the expert can accurately evaluate him, and that therefore the measure of his personal worth lies in the hands of another. The more he acquires this attitude, the further he would appear to be from any sound therapeutic outcome, any real achievement of psychological growth. (...) When the locus of evaluation is seen as residing in the expert, it would appear that the long-range implications are in the direction of social control of the many by the few."

(Rogers, 1951, s. 224)

Diagnosekritikken implicerer for Rogers det filosofiske, fænomenologiske standpunkt, at al virkelig oplevelse eller sandhed udgår fra personens oplevelsesverden:

"The organism reacts to the field as it is experienced and perceived. This perceptual field is, for the individual, "reality"."

³⁶ Man kunne (løseligt) sammenligne inkongruens-kongruens opfattelsen med splitting-begrebet og dets sammenhæng til de tidlige forsvarsmekanismer i psykoanalytisk forståelsesramme. Splitting er ifølge Cullberg (1989) antagonistisk i sin karakter, hvor godt og ondt splittes og hvor personer i omverdenen følgende hhv. idealiseres og devalueres. Det er en løselig sammenligning, for Rogers kongruensbegreb er almenlydig gennem hele livet og skal ikke ses som et dikotomisk koncept, men som en vekselvirkende proces, der kan forandres og har ligeledes frihed fra enhver patologisering, hvor splitting som grundlag for både borderline og øvrige psykosier er temmelig centralt i psykoanalytisk forståelse (Cullberg, 1989).

(Rogers, 1951, s.484).

Som det fremgår rettes opmærksomheden mod troen på, at eksperten er individet selv. En del af kritikken mod Rogers, bl.a. fremført af Spinelli (1998), går da også på Rogers - og i det hele taget humanistisk psykologis - tilnærmelse til solipsisme; denne ensidige fokusering på selvet som en enhed i verden, nærmest uafhængig af omgivelserne, får Spinelli til at kalde tænkningen for en 'falsk logik', idet humanistisk psykologi ofte taler om et 'virkeligt selv' og et 'falsk selv', som om de skulle være mere eller mindre løsrevet fra resten af verden og *er* det faktisk reel, ubetinget positiv accept, hvis man som terapeut sidder med forestillinger om et 'sandt' og 'falsk' selv? Ja og nej. Hvis man som terapeut faktisk oplever klienten som falsk, kan man vel godt acceptere *denne* personstatus indtil man får mulighed for at facilitere en atmosfære, hvor klienten kan opleve sig selv som mere 'sand'...?? Omvendt, må Spinellis kritik til en vis grad imødekommes, idet spørgsmålet kan stilles, om det praktisk er muligt at forholde sig ubetinget, positivt accepterende til en person, man oplever som falsk. Men det *er* faktisk fordringen i PCA; måske er det netop vigtigt at værdsætte den anden person, når denne forholder sig allermest 'falsk', så denne oplever en tryghed til at udforske mere 'sande' sider af sit liv. Spørgsmålet er, om det er praktisk muligt, som det da også diskuteres 'internt' blandt person-centrerede folk på den nævnte mailingliste (se afsnit 4.1.4.); så spørgsmålet bør stilles, om benævnelsen 'sand' og 'falsk' ikke netop værdisætter den anden person ud fra nogle foruddefinerede rammer? Måske ligger PCA's største paradoks netop her?

Om kritikken om PCA's 'solipsisme' helt holder for Rogers er mig lidt uklart. Selvom han holder sig nogle temmelig ideale tanker om 'den fuldt fungerende person' (Rogers, 1967, 1990), og antager at mennesket har en 'iboende naturlig stræben efter vækst' (intentionalitet) og på den måde henleder opmærksomheden kraftigt på et ekstremt individualistisk menneskesyn, så er der flere af hans udtalelser, der, om ikke dementerer, så i hvert fald modererer denne opfattelse til fordel for et bredere, socialt perspektiv, der er de længere rækkende konsekvenser af PCA:

"If, on the other hand, the second hypothesis³⁷ should be more adequately supported by the facts, if, as we think, the locus of responsible evaluation may be left with the individual, then we would have a psychology of personality and of therapy which leads in the direction of democracy, a psychology which would gradually redefine democracy in deeper and more basic terms. We would have a place for the professional worker in human relations, not as an evaluator of the self, behavior, needs and goals, but as the expert in providing the conditions under which the self-direction of both the individual and group can take place. The expert would have the skill in facilitating the independent growth of the person."

(Rogers, 1951, s. 225)

Eksperten er efter Rogers opfattelse een, der faciliterer et miljø, hvor klienten selvstændigt kan udforske sine egne vækstmuligheder.

Mosher et.al. støtter indirekte denne tankegang i et forslag til en 'Samfundspsykiatri', når de i kritikken af diagnosen skriver:

"For det tredje sætter den diagnostiske proces fokus på symptomer, lægger ringe vægt på kontekstens betydning for adfærd og forandrer "problemet" (noget en person kan føle sig

³⁷ Den første hypotese er, at 'locus of evaluation' bør ligge hos eksperten, hvilket ifølge Rogers må resultere i en retning mod totalitær social kontrol.

ansvarlig for) til en "sygdom", som bliver lægernes ansvar. Således bliver patienten endnu mere dekontekstualiseret. (...) Selv om vores kritik specifikt er rettet mod hospitalerne, vil enhver institution, hvor de samme processer gør sig gældende, kunne gøres til genstand for en tilsvarende kritik. (...) Vi har set mange fx. åbne institutioner, som mindede meget om hospitalerne, hvad disse faktorer angik."

(Mosher, et al., 1996, s. 46).

Det ser desværre ud til, at de har ret i deres observationer. Også hvad angår den danske socialpsykiatri. Som nævnt i begyndelsen af dette afsnit, anvender flere socialpsykiatriske institutioner diagnostiske begreber, og uden at skulle undersøge sprogets betydning for tanken og det omvendte specifikt her, vil jeg hævde, at det *har* en vis betydning for forholdemåden, i hvor høj grad både sprog og tanke tilnærmer sig diagnostisk tænkning med de der af nævnte følgevirkninger, hvad angår klientens oplevelse af stedet, og af medarbejderens oplevelse af klienten, og dermed kvaliteten af den hjælp, der ydes. Det er så banalt som at hævde, at mennesker vil behandles som mennesker og ikke som et begreb, men det er hulens svært at dokumentere videnskabeligt.

Konklusionen bliver, at socialpsykiatrien må fravristes sine bindinger til den resterende psykiatri, hvad angår det diagnostiske menneskesyn og lære at se den hjælp søgende primært som en person. Er man mere yderliggående kunne man endda foreslå, at også psykiatrien fravristedes sine diagnostiske grundpiller, og kun arbejdede med diagnoser som et led i en forsigtig medicinsk behandling ydet af psykiatere som konsulentbistand til den øvrige hjælp, der så skulle bære grundlaget for hjælpen i øvrigt. Reformationen af psykiatrien er dog en anden diskussion, der må føres et andet sted. Måske kunne man drømme om en person-centreret, socialpsykiatriske model, der kunne være spydspids for en sådan reformation (eller ville det blive en revolte?) af psykiatrien, men det har nok lange udsigter.

6.2. Klienten

Klientbegrebet er centralt for de fleste psykologiske discipliner. I den socialpsykiatriske kontekst taler man typisk om den hjælp søgende som en 'bruger'. I psykiatrien i øvrigt er 'patient' nok det mest almindelige begreb. Der er stor forskel på, hvad der lægges i begreberne de forskellige steder og der er også stor forskel på det implicitte menneskesyn, der hæfter sig ved disse forskellige betegnelser.

For så vidt man er tilknyttet det sociale system vil man oftest blive betegnet som klient. Man taler om 'klientgørelse', forstået som en negativ fastlåsning i det sociale system, og selv om der – stik imod den gængse opfattelse - ikke er overvældende bevis for, at denne tese om fastlåsning rent faktisk holder vand (Denvall, 1999)³⁸, er betegnelsen ikke desto mindre hentydende til en bestemt opfattelse af personens tilknytning til og afhængighed af en hjælpeinstans' utilsigtede virkninger, der åbenbart har vundet alment indpas i sproget og dermed også i opfattelsen af, hvad en hjælperelation kan gøre ved et menneske, og hvad 'vi' tænker om 'dem'.

Samtidig hentyder begrebet klient til en genstandgørelse af personen, idet man antager, at man ved en sådan kategorial betegnelse ved, hvad man snakker om, og uanset om 'klientgørelse'

³⁸ Der henvises i Denvall (1999) til svenske undersøgelser af Sunesson (1992) og Salonen, (1994), der ikke ser ud til at bekræfte antagelsen om 'klientgørelse'.

empirisk kan dokumenteres eller ej, er kategorien 'klient' en så uhomogen størrelse, at det vil være nødvendigt at forholde sig til begrebet i denne forbindelse.

Formålet med dette afsnit er derfor to:

- ✚ at definere og diskutere selve begrebets betydning for forståelsen af opgavens overordnede formål om en bestemmelse af den socialpsykiatriske relation.
- ✚ at få belyst, hvad begrebet kan have af betydninger for det enkelte menneske, der oplever sig selv som klient.

6.2.1. Flere slags klienter

Ordet *klient* er latinsk (*cliens*), hvis oprindelige betydning var "en person, der stod i afhængigheds- eller beskyttelsesforhold til en anden". I Romerriget betegnede det forholdet mellem klient og patron – slave og herre. *Klient* kan – mere nutidigt - forstås som "...en person med en relation som kunde, patient, sagsøger eller på anden måde afhængig af hjælp fra en fagmand" (Salonen i Denvall, 1999).

En interessant distinktion laver Salonen, idet han splitter klientbegrebet op i en frivillig og en bunden form. Den frivillige, eller ubundne, betegner fx. klienten hos advokaten, hvor klienten frit kan vælge, hvilken advokat vedkommende vil have, mens den bundne klient er den, der i et afhængighedsforhold til en samfundsmæssig institution, fx. et bistandskontor, må indordne sig under de regler der eksisterer, hvis vedkommende vil have hjælp. Af andre eksempler kunne nævnes den psykiatriske afdeling, hvor patienten skal tage sin medicin for at kunne være på afdelingen. Klienten er altså underlagt visse betingelser og dermed forskellig grad af bundethed.

Distinktionen er interessant, fordi den belyser diskussionen om muligheden af at kunne vælge den hjælper, man selv ønsker. Af relevans for socialpsykiatrien er det især, at man udformer tilbudene så fleksibelt, at klienten – brugeren – selv kan vælge den eller de personer vedkommende ønsker hjælp fra. Der skal mao. være en udpræget mulighed for, også at fravælge hjælpepersoner uden at det får nogle konsekvenser for kvaliteten af den hjælp der ydes, hvilket der også er mulighed for i visse udgaver af SKP-ordninger (Karpatschhof, 2001, 2002).

Begrundelsen for dette er dels 'etisk common sense', dels terapeutisk begrundet.

- ✚ Det første argument er, at vi ikke alle kan være venner med alle. Det kan heller ikke mennesker, der ikke er sindslidende... Det er i virkeligheden temmelig indlysende, men det er *ikke* en reel valgmulighed for de fleste i det sociale system, endsig i det psykiatriske, at de kan skifte socialarbejderen, plejeren eller psykiateren ud med en anden, hvis 'kemien ikke passer' eller man som klient oplever, at man bliver krænket eller ikke bliver taget alvorligt, blive grænseoverskredet, osv. Som en slags kompensation for denne mangel har man i stedet udvidet klagemulighederne gennem årene³⁹, ikke mindst pga. pres fra pårørendeorganisationer mv.

³⁹ Jf. Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse, mv. L 397 1987, Lovbekendtgørelse nr. 215 af 9. april 1999 om Sundhedsvæsenets centralstyrelse mv., Patientforsikringsnævns, Lægeetisk råd, mv.

- Terapeutisk begrundet er det en uskreven lov at terapien ingen virkning har, hvis klienten, dels ikke selv ønsker at deltage i terapi og dels ikke har mulighed for at vælge den terapeut, klienten bedst synes om.⁴⁰

Det er ligeledes dokumenteret af Rogers (1990), at i jo større grad både klienten og terapeuten kan lide hinanden – på tværs af terapeutiske skoleretninger eller modeller – jo større udbytte får klienten af terapien⁴¹.

Det er bl.a. ud fra disse undersøgelser, at den af Rogers kernebetingselser – om graden af kontakt i klient-terapeut relationen – får speciel relevans og knytter sig til diskussionen om en 'person-centered approach' i socialpsykiatrien – og muligvis også i andre psykiatriske sammenhænge.

Salonen (i Denvall, 1999) bruger, under overskriften '*Borgerroller og Handlingsalternativer*', følgende model af borgerens forskellige roller, der kan perspektivere diskussionen om klientbegrebet:

Tabel 3.

Handlingsalternativ	Konsument	Bruger	Klient
Sortier			
Protest			
Tilpasning			

(Denvall, 1999)

Som **konsument** – eller kunde – har man som ypperste valgmulighed – hvis man rater efter graden af frihed – det våben, at man kan vælge og vrage, hvilket betegnes som '**sortier**' i modellen. Til gengæld har man som kunde kun ringe mulighed for at påvirke udbudet af 'varer', udover sin indirekte påvirkning ved altså ikke at 'købe' den.

Som **bruger** er den ypperste mulighed for at påvirke kvaliteten, at kunne **protestere**. Man kan ikke bare gå sin vej, for så vidt man taler om et begrænset udbud af 'varer', fx. valg af børnehaver, skole, medborgerhus, osv., og har varierende grader af hhv. direkte og indirekte indflydelse på indhold, form, osv.

Som 'bunden' **klient** mangler man oftest valgmulighed og er nødt til at **tilpasse sig** 'systemet'. De før nævnte eksempler var socialforvaltningen eller den psykiatriske afdeling.

Det forholder sig naturligvis anderledes, hvis vi taler om den 'ubundne' klientrolle, som hos advokaten eller den privatpraktiserende psykolog.

Min følgende opstilling forsøger at kategorisere gradforskellene i klientens grad af bundethed i forhold til relationen i forskellige hjælpesammenhænge:

⁴⁰ Det er i dén forbindelse et underfundigt skift der sker fra privatøkonomisk finansieret hjælpsøgen, f.eks. hos psykolog, hvor valgmuligheden er absolut fri, og til samfundsøkonomisk finansieret hjælpsøgen, hvor valgmuligheden (trods skattebetaling til den fælles kasse) er begrænsede eller ligefrem ikke-eksisterende.

⁴¹ Rogers henviser til undersøgelser af Seeman, kap. 7 i Rogers/Dymond (1954/1969), Lipkin (1954), der begge synes at bekræfte hypotesen om, at det terapeutiske udbytte bliver større, jo bedre terapeut og klient synes om hinanden.

1. Ufrivillig autoritær objektiviserende behandling (fysisk tvang, tvangsmedicinering, trussel om sociale sanktioner)
2. Frivillig autoritær objektiviserende behandling (medicinering, arbejdsprøvning, psykiatrisk evaluering, mv.)
3. Frivillig alliancebaseret behandlingsrelation med terapeutisk eller personlighedsforandrende målsætning og med forskellig grad af subjektivisering, forskellig vægt på behandlingsmæssig teknik og forskellig grad af styring (diverse psykoterapier, psykologisk rådgivning, mv.).
4. Frivillig alliancebaseret ikke-terapeutisk, entydigt subjektiviserende hjælp, hvor hjælpen ydes på professionelt grundlag (fx. støtte- og kontaktperson).
5. Frivillig alliancebaseret ikke-terapeutisk, entydigt subjektiviserende hjælp, hvor hjælpen ydes på familiært eller venskabeligt grundlag. (fx. besøgsven, venner, familie).

Parrer vi nu denne opstilling med Salonens tabel og udvider den lidt, kommer den til at se sådan ud, hvor tallene refererer til punkterne ovenfor:

Tabel 4

Handlingsalternativ	Konsument	Ubunden klient	Bruger	Bunden klient
Sortier	5, 4, 3	5, 4, 3	4, 3, 2	
Protest		5, 4, 3	4, 3, 2	2
Tilpasning				1

(Egen model)

SKP-ordningen (4), kunne være et eksempel på relationen som både konsument og bruger (og i grunden også 'ubunden klient'); man har friheder, der svarer til 'kundens', men også mulighed for at bibeholde fordelene af ordningen, som 'brugeren' (fx. børnehavefamilien) har, i form af retten til at bruge sin SKP på den måde, man selv ønsker det. Parringen vanskeliggøres dog noget af, at 'ubunden klient' og bruger-begrebet, som det normalt anvendes i socialpsykiatrien, overlapper hinanden og dækker et meget bredt område.

Måske kunne man distancere de to begreber ved at tilføje et ekstra element og med Salonens begrebsapparat tale om en 'gaverelation'⁴² for SKP-ordningens vedkommende, idet netop SKP-ordningen er et tilbud til et sindslidende menneske, hvori der ikke kræves nogen formelle modydelser, hvilket der oftest gøres til den ubundne klient. Denne relationsform går for så vidt på tværs af de ovenfor skitserede, men nærmer sig nok mest konsumentens position. Den har som udgangspunkt intet krav til modtageren af hjælpen. Denne kan, både hvad angår tidshorisont, behandling, aktiviteter, dagligliv, bekendtskabskredse, osv., relativt gøre og vælge, hvad der passer denne. På tværs og på trods af SKP'ens eventuelle ønsker og udmeldinger. Der består ingen underliggende krav om opfyldelse af bestemte normer for modtagelse af hjælpen. Og det er derfor helt korrekt, når SKP-ordningen beskrives som et tilbud der gives 'på brugerens egne præmisser'.⁴³

⁴² Begrebet er inspireret af Mauss (1969), i *The Gift*, omhandlende gaverelationen i antropologisk sammenhæng. Mauss er ikke anvendt her, men nævnes en passant som ophavsmand til den mere systematiske bearbejdelse af begrebet.

⁴³ Udgangspunktet for beskrivelsen af og erfaringerne med SKP-ordningen er, som nævnt, Støtte- og KontaktCentret i København. Hvorvidt denne landsdækkende og lovfæstede ordning udføres på samme præmisser over hele landet er nok tvivlsomt, idet der kun findes overordnede retningslinier, der dog pålægger kommunerne visse forpligtelser. Se Socialministeriets *Vejledning om støtte- og kontaktpersonordning for personer med sindslidelser* af 3. december 2001.

På denne måde ligger SKP-ordningen i sit grundlag meget tæt på det filosofiske ideal om, ikke på forhånd at *vill*e noget med det andet menneske.

Denne 'gaverelation' kan imidlertid have andre utilsigtede, uheldige konsekvenser. Fx. kunne man levende forestille sig, hvor svært det må være at stille krav til sin SKP, når denne nu arbejder på de beskrevne vilkår. Ligeledes er det op til SKP'en at være specielt opmærksom på, hvornår denne fx. begynder at indgå i en 'vennerelation' med brugeren af SKP-ordningen – et fokus, Clarence Craaford har beskrevet. (Craaford, 1994).

På samme måde kunne man frygte, at motivering for forandring af sin livssituation visner, hvis man kan skalte og valte med sin SKP – kvit og frit. Eller man kunne spørge: Burde man stille formelle krav til modtageren af SKP-hjælpen og dermed ansvarliggøre hjælptageren?

Berettigelsen for at stille spørgsmålet foreligger kun i fald, det faktisk forholder sig sådan, at 'gaverelationen' bevirker, at hjælpen ikke tages seriøst. Der er ikke noget, der tyder på, at dette sker. Benny Karpatschofs undersøgelse (se kapitel 3) viser, at balancen mellem SKP'ens evne til nærhed og fjernhed, mellem professionalisme og venskab, er vanskelig, men mulig, og at den værdsættes af brugerne af ordningen. Den kræver imidlertid en speciel form for professionalisme, der er båret af det personlige mod- og medspil⁴⁴, frem for den formalistiske relation, der eksisterer i det meste af det øvrige sociale system, i forståelsen, at klienten er bunden.

Kravene tilhører det personlige niveau – den personlige relation – og ikke den formelle. Dermed ser det ud til, at man undgår en evt. oplevelse af umyndiggørelse og imødekommer samtidig ønsket fra brugeren om hjælp til at få sig støttet ud af den ofte fastlåste situation.

Denne særlige form for professionalisme rækker ind i mange sammenhængsforståelser om professionalismebegrebet, og vi skal nu se nærmere på begrebet fra vinklen om styringsgraden i relationen.

6.2.2. Graden af styring i en professionel relation

Det er nærliggende at kaste en tanke på PCA i denne forbindelse. Det handler nemlig om den personlige relations muligheder for vækst og forandring på personens egne præmisser, og om, hvorvidt man kan stille formelle krav om vækst og forandring på den personlige forandringsniveau. Og dermed handler det også om graden af styring i den professionelle relation.

Person-Centered Approach hed i sin begyndelse 'Non-directive'. Relationen mellem hjælptager og hjælpgeber bestod i at lade hjælptager opleve et trygt rum, hvor det var muligt at undersøge sider af personen, der sædvanligvis ikke fik lov til at blive udforsket. I forsøget på at skabe dette rum, mente Rogers, at en så ikke-dirigerende holdning fra facilitators side som muligt, egentlig med samtaleteknisk størst vægt på facilitators evne til at parafrasere, ville give klienten plads og tryghed til at foretage denne udforskning gennem en forsigtig omformulering af klientens udtalelser. Rogers ændrede senere holdning i forhold til denne ikke-dirigerende attitude til, at facilitator burde antage en mere (re-)aktiv rolle i forløbet - at en større personlig involvering, om end stadig ikke-styrende i sit grundlag, gav bedre terapi og opgav derfor betegnelsen 'Non-directive' til fordel for 'Client-Centered' og senere 'Person-Centered' (Ivey, et al., 1980).

⁴⁴ Undersøgelsen viser, at begge dele er ønskelige.

"Stage 3 [person-centered approach] of Rogers development reflects a vastly increased involvement and activity on the part of the counsellor."

(Ivey, et al., 1980, s. 298).⁴⁵

Der er dog ikke tale om at Rogers fraveg det tidligt formulerede princip for, hvordan det optimale rum for personlig forandring skal være:

"An atmosphere of acceptance and respect, of deep understanding, is a good climate for personal growth, and as such applies to our children, our colleagues, our students, as well to our clients, whether these be "normal", neurotic, or psychotic. This does not mean that it will cure every psychological condition..."

(Rogers, 1951, s.230).

Det er for mig at se i den personlige relation, fx. mellem SKP og bruger, men også i den mere 'ikke-kontraktlige' samværsform på fx. værestedet, at det socialpsykiatriske udtryk for en menneskelig model, der transcenderer det gængse klientbegreb, bør ses.

Med hensyn til graden af styring i – faktisk enhver – hjælperelation, må det ses i lyset af den enkeltes personlige overvejelser af, i hvor høj grad man skal gøre sin person gældende i situationen. Det er meget lidt konstruktivt at forholde sig til relationen med nogle mere eller mindre absolutte opfattelser af styringsgraden og må naturligvis afhænge af konteksten. Pointen er imidlertid, at styring bedre kan tillades, hvis den er initieret ud fra den hjælpende persons autentiske tilstedeværelse end ud fra formal-terapeutiske teknikker.

Det er derfor ikke nogen katastrofe for en ikke-styrende indgang til hjælpearbejdet, at der hos nogle hjælp søgende kan være et behov for mere styring af processen, jf. Karpatschofs undersøgelse (B. Karpatschof, 2002, 2001), så længe styringen foregår på et personligt, autentisk mødes niveau. Det behøver imidlertid ikke at betyde, at man generelt skal øge styringsgraden i det socialpsykiatriske arbejde. Det betyder blot, at medarbejderen skal være opmærksom på, at der kan være dette behov og at hjælpepersonen bør være sig bevidst om, hvorvidt denne kan indgå i denne relationsform.

Der er, med andre ord, brug for en ekvilibristisk forholdemåde i socialpsykiatrien, der både kan være aktivt styrende og involverende og være autentisk tilstedeværende.

6.3. Behandling og behandleren

Dette afsnit skal forsøge at afklare forståelsen af den relative 'behandlingsfunktion', der kan eksistere i den socialpsykiatriske relation. Det skal forstås som en præcisering af den praksis, der finder sted, og kan ses i lyset af benævnelsen af socialpsykiatrien som 'en psykiatri, der ikke er en psykiatri' og dermed forsøges det at give et billede af socialpsykiatriens berøringsflader med behandlingskonceptet.

'Behandling' og 'behandleren' som begreb kan naturligvis forstås på mange måder. Her vil vi generelt set forstå behandleren som det menneske, der placerer sig i en relativt struktureret

⁴⁵ Ivey henviser ikke selv til nogen Rogers-litteratur.

situation (dvs. mødet er ikke tilfældigt) med et eller flere mennesker, med det formål at yde hjælp af fysisk (ergoterapeut, læge), psykisk (psykolog, psykiater), åndelig (healer, præst) eller social karakter (sagsbehandler, ægteskabsrådgiver) og hvor behandlingens endelige mål retter sig mod en forandring i den eller de hjælpøgendes livssituation.

Mere specifikt vil vi forstå 'behandleren' som tilhørende social- og sundhedssektorens område, og som sit arbejdsområde have problemstillinger af ikke-somatisk karakter.

Der er naturligvis mange måder at forstå behandling på. Som hjælperelationer eller hjælpeprofessioner, foreslår Spinelli (1998, s. 24-43) følgende opdeling:

🚩 **ADVICE/'rådgivning I'**

Kort konsultation med det formål at give klienten hensigtsmæssige og præcise oplysninger og at komme med velovervejede forslag til, hvordan klienten skal handle i forhold til disse oplysninger.

🚩 **GUIDANCE/'vejledning'**

Længevarende konsultationer eller flere konsultationer med det formål at hjælpe klienten med at udforske et særligt problem eller en specifik bekymring ved at tilvejebringe hensigtsmæssige og nøjagtige oplysninger og ved at give både forslag og støtte til handling i forhold til denne information.

🚩 **BEFRIENDING/'besøgsven'**

En relation mellem to individer, hvoraf den ene indvilliger i at påtage sig rollen som ven for et andet menneske, der er socialt isoleret, og derefter i sin egenskab af fx. besøgsven giver praktiske og følelsesmæssig støtte.

🚩 **COUNSELLING/'rådgivning II'**

En specifik relation, der bliver indgået og opretholdt via klart definerede og gensidigt aftalte retningslinjer eller rammer, og hvor formålet er at styrke de redskaber, hvormed klienten kan påbegynde sit personlige arbejde, der sigter mod at opnå en mere tilfredsstillende oplevelse af tilværelsen på en måde, der respekterer 'klientens værdier, personlige ressourcer og evne til selvbestemmelse'.

🚩 **THERAPY/'terapi'**

Spinelli konkluderer, at det ikke er muligt at finde synderlige forskelle på 'terapi' og 'counselling', udover de sociale betydningshierarkier begreberne tillægges, hvor terapi fx. kan opfattes mere elitært end counselling. Selv med en begrebsanalysemodel som foreslået af Holmes og Lindley (1989, i Spinelli, 1998), hvor terapibegrebet forstås ud fra begreberne 'struktur' (fysiske og kontraktlige betingelser), 'rum' (det terapeutiske rum) og 'relation' (vægtningen af de processuelle, faciliterende kvaliteter i mødet mellem terapeut og klient), ender definitionsproblemet op med cirkulære slutninger, der indholdsmæssigt ikke giver nogen afklaring. Terapibegrebet konstituerer i øvrigt definatorisk et paradoks, idet det, ifølge Gyldendals fremmedordbog, både kan betyde 'tjene' og 'helbrede'.

Spinelli leder hele øvelsen hen imod en argumentation for, at megen terapi i virkeligheden mere bygger på mystik end på velunderbyggede videnskabelige resultater, idet effektundersøgelser af terapiens udbytte ofte er underlagt betydelige metodologiske problemer (som også Bech-

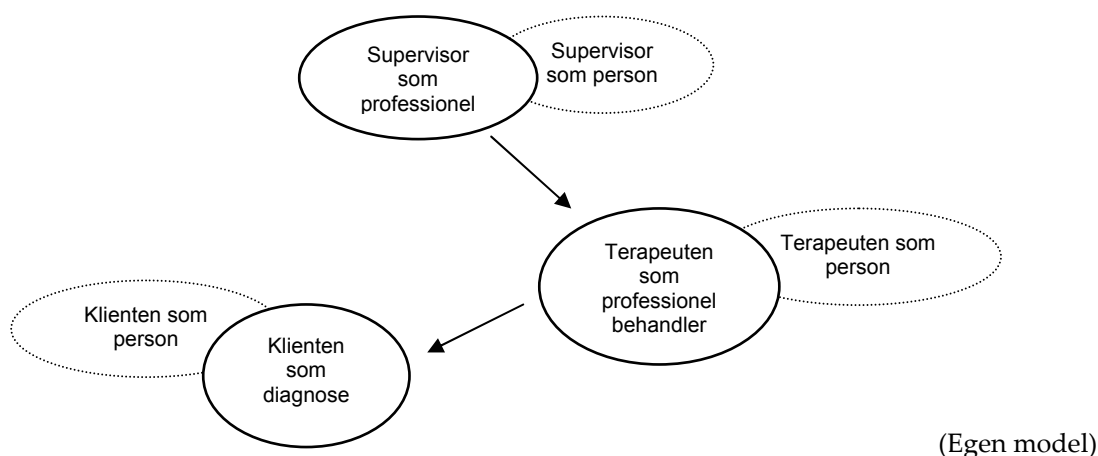
gaard, et al., 2001 viser. Se afsnit 5.1.). Spinellis projekt er at hale terapien ned på jorden, og deri følger jeg ham gerne.

Der imod mangler Spinelli en samværsrelation i sin kategoriale opstilling. Samværsrelationen, uanset om den konkret giver sig udtryk i fx. arbejdsfællesskab eller mere vegeerende samværsformer, er i socialpsykiatrien en væsentlig del af 'behandlerens' præmisser og i det hele taget en del af mange socialpsykiatriske praksisformer.

'Det udvidede kollegabegreb' er tidligere beskrevet i afsnit 4.3. og med Tabel 2 relativiseret, og det omfatter den samværs- og arbejdsrelation, der henvises til her. Det vigtigste er derfor at slå fast, at de misforstået pædagogiserende og kunstigt fremstillede arbejdsopgaver, som mange væresteder har som praksis, ikke her opfattes som reelt arbejdsfællesskab eller en ægte samværsrelation⁴⁶. Det er nu ikke Spinellis fejl at sådanne steder findes, men samværsrelationen under ét har en væsentlig plads i socialpsykiatrien og er vigtig i forhold til det følgende.

Ser man på behandlerens rolle ud fra en kontekstforståelse, kunne det traditionelle behandlingsrum se sådan ud:

Figur 3. Konventionel opfattelse af det terapeutiske rum som 'behandlingssetting'



To ting er væsentlige her; nemlig det, at parterne som personer er slørede eller ikke til stede i tilstrækkelig grad til, at relationen får autentiske mødebetingelser. Det drejer sig her om at fokusere på den instrumentelle behandling og på terapeutens neutrale holdning pga. overføringsprincipperne, mv. Det kan også illustrere den traditionelle behandlingspsykiatriske diagnoseorienterede kultur.

Desuden viser modellen forandringsprocessen eller læringsretningen. Det antydes med pilene, hvordan terapeuten eller behandleren fordrer forandring hos klienten og supervisor fordrer forandring hos behandleren. Man kan kalde det en hierarkisk, ensrettet læringsproces eller en envejs-forandringsproces. Det forventes ikke, at terapeuten hverken lærer eller forandrer sig i terapiesessionen eller behandlingssituationen – det må ske i et andet rum, hvis neutralitetsprincipperne skal overholdes.

⁴⁶ Det er min gentagne erfaring, at mange 'kunder' fravælger steder med kunstigt skabte arbejdsopgaver, da det opleves umyndiggørende og disrespekterende overfor personen.

Dette stiller implicit nogle krav til klienten, som ensidigt forventes at forandre sig eller revidere sin selvopfattelse under terapien. Det kritiske spørgsmål kan stilles, om ikke dette implicite krav ligefrem forhindrer begge parter i at forandre sig på en autentisk måde, mere end det faciliterer en terapeutisk proces?

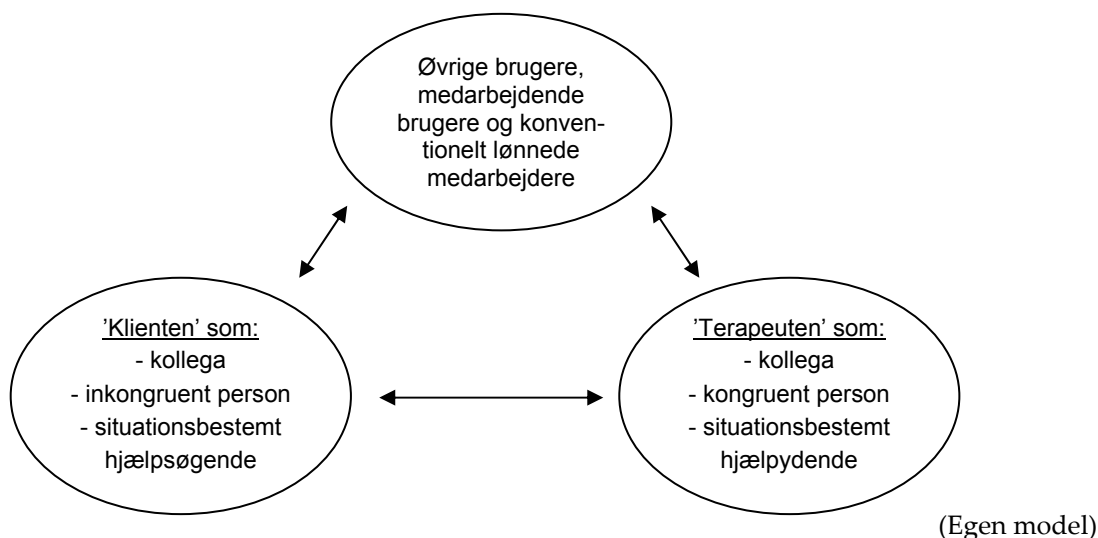
Denne model er tillige problemfokuseret i højere grad end udviklingsfokuseret. Det gør, at klienten bliver opfattet som en diagnostisk problemstilling i højere grad end som en person, hvilket giver en indbygget risiko for at cementere klientens eventuelle selv billede som 'syg' eller havende manglende ressourcer.

Denne udlægning kan nok virke lidt unuanceret. Der er imidlertid tale om et uovervindeligt paradoks, en uløselig problemstilling, i at kunne være neutral og personlig på samme tid og derfor fremlægges den konventionelle behandlingsmodel så ensidigt kritisk. Man kan ikke være 'lidt neutral' og derfor 'personlig til en vis grad'. Der er tale om enten eller. Det skal imidlertid ikke konkluderes, at psykoterapeutiske forholdemåder, der fordrer lidt eller meget neutralitet så ikke hjælper. Fra effektforskningen ved vi meget lidt og min kritik af neutralitet hos terapeuten er ikke ensbetydende med en bevisførelse af det modsatte. Men det skal lyde herfra, at det er selvbedragerisk at tro, at man som hjælper kan være begge dele. Så hellere være ærlig overfor klienten om, at man som terapeut bevidst indtager en upersonlig attitude som en del af hjælpestrategien og at denne ikke skal forvente et autentisk møde, ikke mindst når man tænker på den kolossale betydning af de forventningsfaktorer, som Hougaard (1996) empirisk dokumenterer, og som bl.a. handler om terapeutens 'magiske' evner til helbredelse og diverse grader af placeboeffekt ved psykoterapi. Som Hougaard anfører, kan forventningsfaktorer naturligvis benyttes bevidst ('professionelt'), men refererer samtidig Rogers for at have udtalt om Perls gestaltterapi, at "*... man risikerer at klienterne forlader terapien med opfattelsen af terapeuten som 'a great guy', snarere end med troen på egne muligheder.*" (Hougaard, 1996, s. 126). På samme måde kan man generelt sige om anvendelse af neutralitetsprincippet i forhold til overføringsfænomenet, at man risikerer at klienten forlader terapien med opfattelsen af terapeuten som 'rigtig' professionel, snarere end med oplevelsen af at have mødt et rigtigt menneske.

Der er mao. nogle så væsentlige kritikpunkter mod den traditionelle behandlingstænkning, der gør, at den ikke er ønskelig i hvert fald i det socialpsykiatriske landskab. Hvorvidt den er ønskelig også i den resterende psykiatri og for så vidt i klinisk psykologisk behandling i det hele taget, er tillige et væsentligt spørgsmål, men det må lige nu vente.

En alternativ model til figur 3 kunne se sådan ud:

Figur 4. Den socialpsykiatriske setting som almenmenneskeligt værensrums



Figur 4 skal illustrere sammenhængen og ligestillingen i relationen, hvor personen ikke er skjult bag formelle konstruktioner. Læringsretningen er vekselvirkende, da personen ikke er bundet af andre grænser end de personlige grænsesætninger i mødet. Det svære er naturligvis at fange alle facetter i en model af virkeligheden, der tit vil have den dobbelte konsekvens, at den simplificerer det komplicerede og derfor i virkeligheden ofte komplicerer det simple.

Det man således ikke ser i figur 4 er konsekvensen af det udvidede kollegabegreb, som i Støtte- og KontaktCentret bl.a. har medført en kollegial supervisionsform i rådgivningen, hvor rådgivningsmøderne altid holdes for åbne døre, hvor alle kan deltage og hvor alle også kan deltage i supervisionen. Dette indebærer flere ting: dels, at rådgiverne har mulighed for at modtage direkte respons fra mennesker, der selv bruger rådgivningen og som dermed ved, hvad der er god hjælp, hhv. mindre god hjælp, og dels, at man kommer den sagsorienterede snak til livs; en snak, der ofte har karakter af sladder og negative udladninger om en bruger, og det tvinger rådgiveren til at tale om en given situation i en tone, der til enhver tid vil være respektfuld. Rådgiveren bliver nødt til at tale som om, at vedkommende, det drejer sig om, var til stede. Det tvinger ydermere rådgiveren til at fokusere sin supervision som en *egen* problemstilling, nærmere end at problemet ligger hos brugeren. Den dobbelte læringsretning er altså alvorligt ment; ikke blot i den personlige samtale må den være til stede, men også i fx. forummet af rådgivere og hjælpsøgende. Denne konstruktion er ikke kunstig. Der er ikke tale om en pædagogisk foranstaltning, 'der skal hjælpe den sindslidende til at se den professionelle som et menneske', og hvad der deraf måtte følge af spekulative terapeutiske effekter. Der er tale om en reel situation, hvor en person modtager reel hjælp til at forstå en reel livssituation i nogle reelle rammer. Hvis dette har en helende virkning for nogen, så gerne for mig, så længe mødet er reelt. Én af Topors konklusioner (Topor, 2002) bekræfter dette:

"Vejen tilbage til et mere positivt selvbillede beskrives ofte at gå via hverdagsagtige situationer hvor mennesker i patientens omgivelser viser sig i realistisk belysning med deres egne problemer og nederlag. I disse hverdagsagtige situationer får patienten mulighed for

ikke kun at være modtager af andres omsorg, men får lejlighed til også at opleve gensidige relationer.

(Topor, 2002a, s. 97-98)

Hvis vi således udvider eller transformerer det terapeutiske rum til et 'værensrum' – og eventuelt forandringsrum - hvor terapeutens (stadig forstået bredt som den hjælpende parts) personlige forsvar mod at lade andre se hans eller hendes person, falder væk, giver vi samtidig andre mulighed for at gøre det samme. Og lader dermed 'klienten' kunne se sig selv som en person, med rettigheder til at udtrykke sin person som den nu engang er. Det er ydermere vigtigt, hvis antagelsen om, at et menneske der møder op i socialpsykiatrien og med sig har en fortid i psykiatrien og et selvbilledet af at være 'patient' eller 'syg' eller ikke værende i stand til at gøre sig gældende, holder (som Benny Karpatschofs undersøgelse viser), at dette menneske så bliver mødt *som* en person og *af* en person.

Det burde nu være klart, at 'behandling' her generelt anses for en fejlslutning i forhold til sindslidelser. Behandling opfattes, med hjælp fra Rogers pointering af betydningen af det faciliterende 'værensrum', som et begreb der fortrinsvis har sin berettigelse, hvad angår somatiske og neurologisk betingede lidelser. (Det forhindrer naturligvis ikke en person-centreret holdning samtidig). Det hænger sammen med opfattelsen af behandlingsbegrebet som værende en naturvidenskabelig basisteori, der ikke kan eller bør gøre sig gældende i socialpsykiatrien.

6.4. Den professionelle relation i socialpsykiatrien

Spørgsmålet om professionalisme i socialpsykiatrien – og for så vidt i alle behandlingsrelationer – virker mere og mere centralt for bestemmelsen af selve relationen efterhånden som dette arbejde skrider frem. Det er i diskussionen om professionalisme, at de ideologiske skæringspunkter mødes⁴⁷, at ideerne om relationen, som den opfattes af de professionelle, for alvor kommer til udtryk, for det meste med baggrund i nogle terapeutiske værdisætninger og opfattelser om personens virke – både personen der er professionel og personen der er hjælpsøgende.

Professionalismebegrebet bliver ofte taget for givet. Fx. giver det ofte sig selv, hvis en handling bliver beskrevet som 'uprofessionel', og videre, at 'han har brug for professionel hjælp'. Problemet er, at begrebet eliterer alt det, der i professionalismens navn bliver gjort, de forholdemåder, der bliver levet og de normer, der er herskende.

I denne sammenhæng er det specielt de forestillinger om det "farlige" eller det "skadelige" ved at være personlig i relationen, der oftest misforstås, når man taler om 'at adskille det personlige og det professionelle'. Underforstået, at det at være personlig er amatøragtigt eller halvstuderet. Det er muligt, at denne formulering anvendes ureflekteret, og at man faktisk mener, at man bør adskille det private og det professionelle eller det private og det personlige, men det er ofte ikke det, der bliver sagt. At amatør egentlig i ordbogen henføres til det latinske 'amare' (elske) og kan udlægges som betydningen 'af hjertet' synes ikke at spille nogen synderlig rolle i den almindelige sprogbrug.

⁴⁷ Tag for eksempel vores egen psykologforenings indførelse af autorisationskrav for nogle år tilbage som udtryk for et ønske om at 'professionalisere' arbejdsfeltet.

Craaford (1994) taler således om 'dilemmaet mellem at være professionel og personlig'. Det virker som om, at han med 'personlig' faktisk mener 'privat', for han opfordrer samtidig til, at kontaktpersonen på den psykiatriske afdeling og i psykiatrien i det hele taget bør forsøge 'at være sig selv', men det er stadig ikke det han siger. Han stiller lidt polemisk det principielle spørgsmål, om troværdigheden i at være personlig holder, hvis "... *man ikke også er parat til at tage imod patienten hjemme, om det så skulle være?*" (1994, s. 194).

Craaford mener, hvor fornuftig han ellers kan være i synspunktet at relationen mellem klienten og kontaktpersonen, som er de mennesker der tilbringer mest tid i dagligdagens behandlings-hverdag, bør tildeles størst opmærksomhed, fordi netop tillidsforholdet i relationen bliver bærende for en eventuel bedring i sindslidelsen, ja, så mener han, at hvis nogen oplevelse indebærer et privat engagement, kan det ikke gøres om, kan ikke reproduceres og kan dermed ikke blive en professionel metode.

Det, Craaford forlanger, er, at oplevelser, for at kunne integreres i professionelle metoder, videnskabeligt bør kunne afprøves i laboratorier; han anlægger et ekstremt naturvidenskabeligt-empiristisk syn på et humanistisk arbejdsfelt, hvilket selvsagt må afstedkomme visse videnskabsteoretiske paradokser, for nu at sige det mildt. Craaford stiller med andre ord lighedstegn mellem 'professionalisme' og, på det nærmeste, en naturvidenskabelighed med kravet om reproduktion af oplevelser som garant for en professionel metode.

I det hele taget forekommer det meget lidt velovervejet at stille krav om reproduktion af oplevelser, hvis man tager det humanistiske paradigme alvorligt og den unikhed, humanismen værdsætter i det menneskelige møde. Naturligvis kan oplevelser, måske bortset fra visse sansoplevelser, ikke reproduceres i deres tilstrækkelige nuancer til, at de kan anvendes videnskabeligt.

Der imod har Craaford helt ret, når han skriver, at "... et erhverv forudsætter, at vi kan integrere vore erfaringer i udøvelsen af det." (1994, s. 195). Det er til gengæld også noget andet end han i ovenstående bedyrer.

Ydermere anfører Topor (2001), følgende udsagn på baggrund af casestudies over psykotiske menneskers egne forklaringer på deres 'recovery-proces':

"The professionals who are described in the recovery stories as having contributed to the recovery process constitute a paradox. The basis for their claim to professionalism is a technique that has developed through the scientific study of the nature of severe mental disorders. But this technique seems to play a subordinate role in recovery (which calls into question the scientific claims upon which their respective techniques are based)."

(Topor, 2001, s. 291)

Topor stiller med andre ord spørgsmål ved selve den professionelle selvopfattelse med disse konklusioner på sine undersøgelsesresultater.

I spørgsmålet om den professionelle relation, kan vi tillige, med henvisning til bl.a. Karpatschof (2002, 2001), Rogers (1951, 1967, 1990) og McConaughy (i Spinelli 1998) se, at de 'bløde' værdier har overordentlig stor betydning for relationen, og dermed for 'succesraten' af hjælpearbejdet, dette hvad enten vi taler terapi, 'counselling' eller støtte- og kontaktperson-arbejde. Følger

vi Rogers, er det endda uden betydning, hvilket begreb vi anvender, så længe de 'tilstrækkelige og nødvendige' betingelser er opfyldt:

"It is not stated that psychotherapy is a special kind of relationship, different in kind from all others which occur in everyday life. It will be evident instead that for brief moments, at least, many good friendships fulfil the six conditions."

(Rogers, 1957, i The Carl Rogers Reader, 1990, s. 231)

Husker vi uddrag fra Karpatschofs undersøgelse, husker vi desuden betegnelsen fra en bruger af SKP'en som en 'ven'.

Det skal naturligvis ikke dermed postuleres, at SKP'erne så opfylder Rogers 6 kernebetingelser, da jeg ikke engang går ud fra, at de kender til dem, men blot foreslå antagelsen, at de grundværdier, som Rogers kernebetingelser repræsenterer, ligger gemt i Karpatschofs fundne begreber fra undersøgelsen, som fx. 'respekt', 'tillid' og 'ligeværdighed'. Én af de stærke sider ved Rogers betingelser er nemlig, at de repræsenterer nogle almenmenneskelige, positive grundværdier, som de fleste mennesker, der vil andre det godt og som respektfuldt kan 'træde til side' for den hjælpøgende, selv ureflekteret, vil udvise i større eller mindre grad. Dette 'beviser' ikke i sig selv, at Rogers har ret mht. sine kernebetingelser, men det udgør ikke desto mindre et troværdigt sammenfald.

Endnu et troværdigt sammenfald med både Karpatschof og Rogers finder man i Topors (2001) begreb om 'recovery', til hvilket jeg refererede ovenfor vedrørende de professionelle paradoks. Forskningsprojektet, Topor har gennemført, bygger på 26 casestudies af personer, der er kommet sig, dvs. lever et liv uden eller med ringe grad af medicin og symptomer, lever økonomisk uafhængigt og har brudt den psykologiske isolation som følge af sindslidelsen. Topor har opsamlet de forklaringer på deres 'recovery', som disse mennesker har givet.

I virkeligheden er 'recovery' nærmere at betragte som et fænomen end en metode, idet recovery i Topors begrebsramme betegner den proces det er 'at komme sig' - "återhämta sig" - (Topor, 2001, s. 54) fra langvarig skizofreni. En proces der, kort fortalt, støtter synspunktet, at det 1) er de personlige relationer, der hjælper bedst, 2) at disse relationer i væsentlig grad bygger på de samme almenmenneskelige faktorer som beskrevet af Karpatschof og Rogers:

"It could be said that professionals who contribute to recovery in these life stories do so partly because they display the same qualities found among ordinary people, among amateurs or non-professionals. In addition to the qualities that Frank and Gunderson (1987)^[48] mentioned – openness, warmth, empathy, active engagement, optimism – other terms occurring in the literature are "being heard", "being seen", "feeling respected", "being the focus of attention", "the other's willingness to devote their time" (see e.g. Olofsson 2000)^[49].

(Topor, 2001, s. 291)

⁴⁸ Frank and Gunderson (1987), The psychotherapy of schizophrenia: patient and therapist factors related to continuance. Psychotherapy, Vol. 24, No. 3, p. 392-403).

⁴⁹ Olofsson (2000), Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. Umeå University Medical Dissertation, No. 655.

og 3) at denne 'recovery' for så vidt kan finde sted alle steder i 'behandlingssystemet', forudsat, at de ovennævnte 2 forudsætninger er til stede og at sygdomsfokuserende og patologiserende praksis er fraværende (Topor, 2001).

Topor fandt tillige, at 'kroniker-betegnelsen' overhovedet ikke holder; han nævner det paradoks der ligger indbygget i, at man overhovedet forsøger at behandle mennesker, der er betegnet som 'kronikere'. Hvilket han jo kan have aldeles ret i. Han henviser tillige til undersøgelser, der viser, at mennesker, der bliver betegnet kronikere ikke, så udbredt som almindeligvis antaget, mister 'sig selv' eller i det væsentlige mister deres sociale netværk⁵⁰. Dette har i øvrigt en vis konsistens med Denvalls udsagn (Denvall, 1999) om, at klientgørelse ikke finder sted i det omfang vi almindeligvis tror, som nævnt i afsnit 5.2.1.

Det viser sig, udover de ovennævnte tre faktorer, at selve behandlingsprogrammet ikke tillægges nogen større vægt, men derimod tillægges det betydning, at den sindslidende selv har kunnet vælge mellem flere muligheder. For det andet er det, som nævnt, medarbejderens personlige egenskaber, der nævnes som givende, ikke dennes respektive professionelle ekspertise. Og for det tredje, er det den sindslidende persons eget bidrag, der af Topor fremhæves som de væsentligste bidragydere til det at komme sig.

Selvom jeg vil kalde betingelserne for almenmenneskelige, er der alligevel tale om en professionel relation, hvad enten det drejer sig om SKP-ordningen, rådgivningen eller det udvidede kollegaskab i den sociale café og på værestedet. Det professionelle bliver her til en ekspertise i at kunne indgå i almenmenneskelige relationer med sig selv i forgrunden og fagligheden i baggrunden. Det er for så vidt at betegne som anti-tesen til den konventionelle behandlingstradition. Der er stigende grad af empirisk støtte i synspunktet, selvom det nok vil tage sin tid inden det for alvor vinder indpas.

⁵⁰ Ewertzon & Forsell, (1999), Patienter och anhörigas nätverk, Stockholm: FoU-enheten/VSPS, Rapport nr. 7/1999. (Denne svenske undersøgelse kontraherer, ifølge Topor, med lignende amerikanske idet der i Sverige ikke viser sig et tab af netværk, som i de amerikanske).

Schreiber, (1996): (Re)defining my self: Women's process of recovery from depression. *Qualitative Health Research*, Vol. 6, No. 4, p. 469-491.

Young & Ensing, (1999): Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 22, No. 3, p. 219-231.

Kapitel 7. Diskussion

En væsentlig del af arbejdet med den socialpsykiatriske relation handler om socialpsykiatriens selvforståelse som adskilt i basisteori fra sundhedspsykiatrien. Ofte betegnes socialpsykiatrien som et supplement (ikke et alternativ) til sundhedspsykiatrien, hvor målgruppen – mennesker med en sindslidelse – er den samme og som ofte benytter både social- og sundhedspsykiatrien. Man kunne også opfatte sundhedspsykiatrien som et supplement til socialpsykiatrien, men det ville vel være at gøre lillebror til storebror. Udmeldinger fra mennesker med en sindslidelse, som jeg har mødt, benytter imidlertid tilbudene sådan, at sundhedspsykiatrien i praksis benyttes som et supplement til socialpsykiatrien, hvor det meste arbejde og tid bruges i socialpsykiatrien, og hvor sundhedspsykiatrien primært benyttes til 'at tage toppen af symptomerne'.

Men spørgsmålet er, hvor meget i familie disse to slægtninge er? Skal man bryde kontakten eller holde den store familiefest?

7.1. Grænselandet mellem socialpsykiatri og distriktspsykiatri

Den distriktspsykiatriske model har haft forskellige udformninger fra land til land, men mest kendt er måske den italienske model, 'demokratisk psykiatri', som også er den mest radikale, hvis vigtigste inspirationskilde er at finde hos Maxwell Jones' begreb om det 'terapeutiske samfund' (Jones, 1971). Den har rødder til arbejderbevægelsen og kommunistpartiet og forbindelse til den engelske antipsykiatri, som bl.a. Laing og Cooper påvirkede (Gunnarsson & Gústafsson, 1981, Deurzen, 1999), og der igennem med et vist eksistentielt præg. Man har i den italienske forbindelse lovgivet om, at alle psykiatriske hospitaler skal nedlægges til fordel for distriktspsykiatriske centre og brug af almindelige hospitaler. Samtidig bygger ideen på, at al sygdomsforebyggelse, behandling og revalidering skal være frivilligt (Kelstrup, 1983). Til sammenligning findes et forslag fra Mosher (1996), der vil afhospitalisere sindslidende i det hele taget, og nærmest forsage al medicinering, dette på baggrund af en model for 'samfundspsykiatri' i stedet for den eksisterende hospitalspsykiatri. Distriktspsykiatrien kan i det lys ses som en dansk udgave af den oprindelige tanke – om end i en noget anderledes udgave.

Distriktspsykiatrien bliver i Danmark indført i 1970'erne, som et led i en større socialreform, hvor decentralisering stod på dagsordenen. Den adskiller sig væsentligt fra en 'demokratisk psykiatri' eller en 'samfundspsykiatri', da den styrings- og indholdsmæssigt er stærkt præget af den lægelige – naturvidenskabelige – basisteori.

Her en kort beskrivelse af distriktspsykiatrien i Danmark anno 2002:

"Distriktspsykiatrisk behandling er en særlig form for psykiatrisk behandling. Den distriktspsykiatriske behandling er ambulans og den foregår ude i lokalmiljøet. I stor udstrækning foregår behandlingen i patienternes hjem.

Psykisk lidelse medfører ofte problemer i hverdagen og for at distriktspsykiatrisk behandling kan hjælpe den sindslidende på det sociale område er det nødvendigt, at behandlerne har et godt kendskab til de sociale tilbud i det område, hvor den sindslidende bor.

Det forudsætter, at behandlerne har et tilfredsstillende helhedsindtryk af de problemer, der opstår i forbindelse med den psykiske lidelse. Derfor er de distriktspsykiatriske teams (arbejdsgrupper) ofte tværfagligt sammensat, typisk af læge, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, psykolog, fysioterapeut, socialpædagog mv.

Distriktspsykiatrisk behandling indeholder ofte socialpsykiatrisk behandling. Socialpsykiatrisk behandling drejer sig om at få den sindslidendes hverdag til at fungere så normalt som muligt. For at dette kan ske er det vigtigt at kende lokalområdet og de sociale tilbud”.

”Behandling.

Ud fra helhedsindtrykket af den sindslidendes problemer vælges behandlingen. Distriktspsykiatrien er organiseret på en måde, der giver den bedste mulighed for en helhedsvurdering. Behandlingen kan deles op i tre elementer en medicinsk, en psykologisk og en social behandling. Afhængig af sindslidelsen mm indgår et eller flere af disse tre behandlingselementer.”

(Psyknets hjemmeside)⁵¹

Man ser her, at distriktspsykiatrien på mange måder overlapper socialpsykiatrien, hvad angår den praktisk rettede del; fx. lægges der i distriktspsykiatrien stor vægt på, at den sindslidendes kontaktperson besøger denne i den sindslidendes eget hjem (à la socialpsykiatriens ‘støtte- og kontaktpersoner’). Desuden fremgår det af Psyknet’s site om distriktspsykiatri, hvoraf ovenstående er hentet, at der lægges stor vægt på hele det sociale område i den samlede behandling. Der beskrives også en høj grad af tværfaglighed i distriktspsykiatrien, på samme måde som tilfældet er i socialpsykiatrien.

Der er dog nogle væsentlige grundelementer, der adskiller distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien.

- ✚ **Ledelse:** Distriktspsykiatrien er overvejende ledet af psykiatere; socialpsykiatrien oftest af socialpædagoger, psykologer, ergoterapeuter, dvs. den er præget af forskellige basisteoretiske grundlag til forskel fra psykiatrien.
- ✚ **Medicinering:** Der foregår ikke medicinering i socialpsykiatrisk regi.
- ✚ **Behandling:** Socialpsykiatrien har oftest ikke nogen decideret form for behandling integreret, men fokuserer primært på det sociale, netværket, det relationelle. Der findes dog visse steder, der arbejder med ‘arbejdstræning’, kognitivt inspirerede modeller, systemiske metoder (Larsen, et al., 2000), og på den måde nærmer sig et behandlingsfokus, men socialpsykiatrien vejer generelt set ikke tungt på denne bekostning. Distriktspsykiatrien opdeler sin behandling i medicinsk, psykologisk og social behandling. Hvad ‘socialpsykiatrisk behandling’, som nævnt i citatet ovenfor, består i, må stå for distriktspsykiatriens egen regning, idet der mig bekendt ikke findes en sådan i socialpsykiatrien.

⁵¹ <http://www.psyknet.dk/Forside/Distriktspsy%20soctilbud/Distriktspsyk%20soctilbud.htm>. Psyknet består af en redaktion af to overlæger, Søren Blinkenberg, Odense, og Per B. Vendsborg, København, begge speciallæger i psykiatri. Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, så renses denne tekst er for begrebet ‘psykisk syg’, der ellers anvendes flittigt i hospitalspsykiatrien og af det distriktspsykiatriske personale, jeg har mødt. Der anvendes udelukkende ‘sindslidende’ og ‘psykisk lidende’. Dette tyder måske på en vis ‘signalforvirring’ mellem teoretikere og praktikere og på en nyudvikling i psykiatrien?

- ✚ **Åbningstider:** Distriktpsychiatrien lukker typisk kl. 16 eller 17 og har ikke weekend-åben. Mange socialpsykiatriske steder har desværre samme begrænsning, og er dermed ikke et reelt supplement til distriktpsychiatrien, men der findes steder, der har åbent til sen aften og fx. har Støtte- og KontaktCentret i København døgnåbent.
- ✚ **Hierarki:** Socialpsykiatrien har ofte en flad eller horisontal ledelsesstruktur med en leder og evt. uskikken med en enkelt souschef, mens distriktpsychiatrien mere ligner hospitalsvæsnets hierarkiske fagopdeling, hvor man pr. stillingsbetegnelse har mere eller mindre indflydelse, dvs. indflydelsen følger som regel den uddannelsesmæssige kompetence og der eksisterer mere afgrænsede arbejdsområder.
- ✚ **Personale:** Meget få socialpsykiatriske medarbejdere er medicinsk eller psykoterapeutisk uddannede og hvis de har, vil det være en sekundær kvalifikation i det daglige arbejde. Desuden er der en tendens til, at man i socialpsykiatrien omtaler sig som 'medarbejder', hvor distriktpsychiatrien ofte anvender 'personale'. Formodentlig hænger det i socialpsykiatrien sammen med opfattelsen, at personalebegrebet 'patientgør' det sindslidende menneske og at man ved de forskellige begreber hhv. nærmer eller fjerner sig fra hospitalspsykiatrien. Begreberne kan ses som udtryk for en større eller mindre grad af 'dem og os' tænkning, eller institutions-kulturel 'modenhed', om man vil.
- ✚ **Konference:** Med sig fra hospitalspsykiatrien har distriktpsychiatrien (u)skikken om at holde konference om den sindslidende. Det eksisterer i meget begrænset omfang i socialpsykiatrien, og da fortrinsvis i form af supervision, hvor der evt. tages 'sager' op. (Endnu en uskik).

En kritisk røst fra Anders Kelstrup (1983) skal have sin plads her: distriktpsychiatrien i Danmark er lovfæstet uden et egentligt indhold⁵² og Kelstrup frygter, at betydningen af dette ikke bliver andet end, at:

" ... amtet/kommunen bliver inddelt i "geografisk afgrænsede områder"..." Kelstrup mener videre " ... at "distriktpsychiatri" ikke er noget progressivt i sig selv. (...) Særlige forventninger til, at distriktpsychiatrien skulle være i stand til at forebygge psykiske sygdomme og at ændre adfærden hos alvorligt psykisk syge synes snarere at være bygget på blind tro end på saglig viden".

(Kelstrup, 1983, s. 283)

Til sammenligning mener andre kritikere, Gunnarsson & Gústafsson (1981), at distriktpsychiatrien har potentiale for at være en egentlig frigørende kraft, forudsat den løsriver sig fra de mere samfundsøkonomiske interesser, der binder den op.

Kelstrups begrundelse er dels, at en forflytning af stedet ikke nødvendigvis medfører større socialpsykiatrisk forståelse og dels, at disse centre ofte vil være ledet af medicinsk orienterede psykiatere, og derfor ikke medfører noget ideologiskift i forhold til behandlingen.

⁵² Der er dog senere end Kelstrups bidrag i 1983, udgivet en rapport: 'Målsætninger for kvalitet i distriktpsychiatrien' af Sundhedsstyrelsen i 1998 på baggrund af regeringens Psykiatriaftale af 4. april 1997.

Denne kritik skal ikke anfægtes. Selvom Kelstrup forholder sig til dette problem i 1983 og der senere er sket en række præciseringer, vil det stadig være rimeligt at stille spørgsmålet om, i hvor høj grad distriktspsykiatrien har opnået en øget socialpsykiatrisk forståelse?

Måske en uredigeret udgave af citatet fra sundhedsstyrelsen bragt i afsnit 6.1.1. kan være på sin plads:

*"Psykiatri er et lægeligt speciale og distriktspsykiatri er "en organisationsform for psykiatrisk sygdomsbehandling (diagnosticering, behandling og pleje) som må rumme et ambulanset, tværfagligt behandlingstilbud, være etableret lokalt, dvs. i det geografiske optageområde og have et tæt samarbejde med andre berørte sektorer"."*⁵³

Citatet bringes her for at vise i hvor høj grad distriktspsykiatrien arbejder som en hospitalsafdeling med ingen eller meget lidt inddragelse af klienten, for slet ikke at tale om de humanistiske relationelle overvejelser. Desuden beskrives målene om formaliserede samarbejdsaftaler med andre instanser i den rapport, ovenstående citat er et uddrag fra – en formalisering, man i socialpsykiatrien efter min overbevisning, må takke nej til.

For der er noget der tyder på, at både det muliges og det ønskeliges kunst kun kommer til sin ret, hvis dette mulige også understøttes af en reel fundering i det ene eller det andet menneskesyn. På samme måde som neutralitet (konventionel psykoanalytisk professionalisme) og autenticitet (humanistisk, person-centreret professionalisme) ikke kan sameksistere i mødet, har hhv. distriktspsykiatriens og socialpsykiatriens basisteorier ligeså svære – og umulige – betingelser. Det er ikke reelt at give udtryk for ønsket om en social integration, en 'social identitet', hvis man samtidig grundlæggende ser på den sindslidende som et behandlingsobjekt, på samme måde som socialpsykiatrien mister sit mål, hvis den pretenderer en humanistisk model, men samtidig behandler og omtaler de sindslidende personer som 'sager' på 'personalemøder' eller, som Videnscenter for Socialpsykiatri uforvarende er kommet til, og på den måde objektgør omtalen af det sindslidende menneske, anvender begreber som 'funktionsnedsættelse' og 'handicapper den sindslidende' (se afsnit 2.1.).

Det fremgår af de skitserede punkter før, at der er flere paradigmatisk forskellige end der er ligheder.⁵⁴ Så selvom distriktspsykiatrien selv i høj grad fokuserer på det sociale, er spørgsmålet, om det faktisk er lykkedes den at lægge sig vel til rette mellem de to verdener fra hhv. hospitals- og socialpsykiatrien; det naturvidenskabelige og den humanistiske paradigme? Spørgsmålet er da også om det er muligt – og ønskeligt?

7.2. Er socialpsykiatrien faktisk en psykiatri – og bør den være det?

Socialpsykiatrien er altså, bredt set, vokset ud af den tidligere psykiatris forskellige udformninger, først hospitals-, senere distriktspsykiatrien. Undervejs er den blevet fortolket og administreret på forskellige grundlag og med forskellige interesser for øje, både faglige og politiske.

⁵³ http://www.sst.dk/publ/publ1998/maal_kval_distpsyk/index.htm

⁵⁴ Det skal dog nævnes, at man i Nordjyllands Amt har forsøgt – med tvivlsomt held – at placere distriktspsykiatrien i socialforvaltningen i stedet for sundhedsvæsenet. Brandt, 1996, s. 106-108.

Der ses i dag en palet af forskellige tilbud, der hver især forsøger at leve op til de specifikke politiske og faglige krav, der med tiden er blevet stillet. Mangfoldigheden af caféer, væresteder, rådgivninger, støtte- og kontaktpersonordninger, arbejdsstrænings- og botilbud er efterhånden til at få øje på i landskabet.

Ifølge Høgsbro (2000) kan man – ved negationens hjælp – sige, at socialpsykiatrien er alle de tilbud, der – ud over distriktspsykiatrien - retter sig mod ikke-indlagte sindslidende. Socialpsykiatrien består både af projektformer (væresteder, varimestuer, aktivitetscentre) nogle få private og mange offentlige tilbud (botilbud, rådgivninger, væresteder, caféer, arbejdsstræning, uddannelse, daghøjskoler, fritidsaktiviteter osv.) (Brandt, 1996).

Nogle tilbud er meget afgrænsede, mens andre er vide i rammerne for målgruppen. Fx. er der specielle botilbud – bofællesskaber – der repræsenterer de afgrænsede, mens rådgivninger og sociale caféer kan være rettet mod alle sindslidende, inklusive hjemløse og misbrugere med en sindslidelse. Som oftest er der dog én eller anden afgrænsning, om ikke andet så af fysiske og ressourcemæssige årsager.

Med hensyn til 'formålsparagrafferne' viser der sig også en bred palet af farver. Brandt (2000) bringer flere citater fra forskellige tilbuds egne formuleringer om formålet med deres socialpsykiatriske arbejde, der viser en bredde i hensigten med arbejdet, der nok bedst kan karakteriseres som uens – dog med hovedvægt på den sociale dimension, det sociale netværk. Det fremgår især, at den konkrete deltagelse i sociale sammenhænge vægtes højt, enkelte med vægten lagt på det personlige ansvar for deltagelse.

Med hensyn til graden af tilknytning til den øvrige psykiatri er der, som vist, også store forskelle. Nogle nærmer sig en behandlingskultur og er i metode, sprog og tænkning tættere på den diagnostiske kultur, mens andre bevidst arbejder på at styrke de almenmenneskelige betingelser og forsøger diagnostisk tænkning.

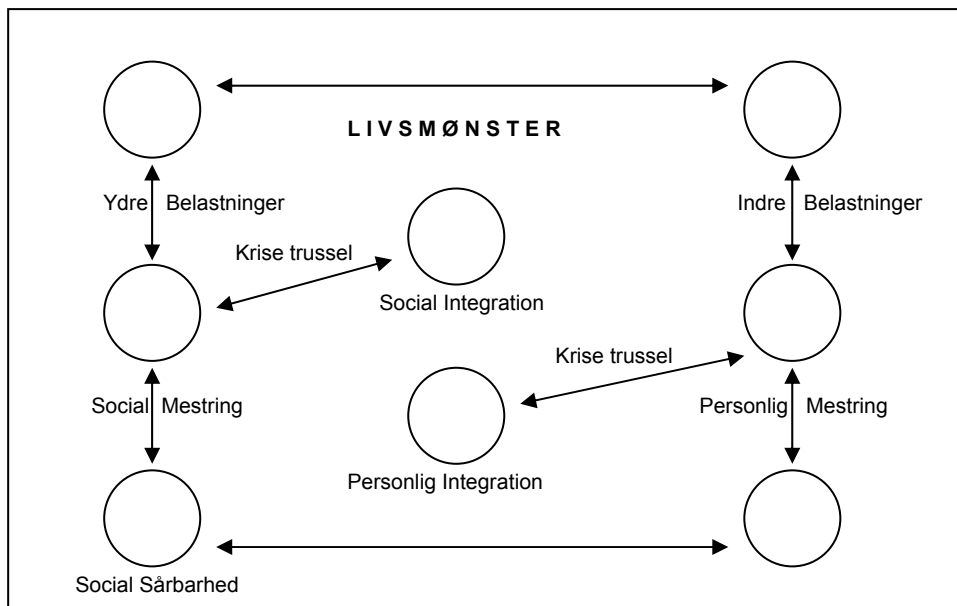
Det hedder en *social psykiatri*, dvs. den fokuserer med en psykiatrisk målgruppe sin indsats på det sociale område, på samværet, på det menneskelige netværk. Hvor kommer det egentlige, psykiatriske element ind i billedet? Der foregår ingen medicinering i socialpsykiatrien, der findes intet behandlingsansvar, der er ingen psykiatere tilknyttet, i det hele taget kun få medarbejdere med baggrund i psykiatrien, ingen indlæggelsesmuligheder, ingen mulighed for tvangsforanstaltninger af nogen art, og endda har man den mulighed at kunne tilbyde anonym rådgivning og har ingen visitation, fx. som i Støtte- og KontaktCentret?

Det eneste tegn på 'psykiatri' i socialpsykiatrien ser ud til at være, at de mennesker, der primært benytter sig af tilbudene har en psykiatrisk diagnose med sig. Der er mao. ingen eller meget lidt tilknytning til den øvrige psykiatri, udover de eventuelle ønsker om en tættere tilknytning der måtte være fra folk i både social- og distriktspsykiatrien.

Tvært imod ligger socialpsykiatrien ofte metodisk langt tættere på en 'psykologi', hvis man læser Videnscentrets antologi om metoder i socialpsykiatrien (VISP, 2000b). Her er det fortrinsvis psykologer, der er inviteret til at foreslå metodebeskrivelse, og de bærer overvejende præg af at være forankret i psykologisk teori og metode af forskellig orientering.

Der skal her gengives en model fra Videnscentret (VISP, 2000a), som kan perspektivere billedet:

Figur 5.



Forklaringen til modellen lyder:

"Modellen illustrerer hvad der psykologisk og socialt karakteriserer et menneske med en sindslidelse. Den viser, at den sindslidendes livsmønster bestemmes af dennes sociale og personlige integration. (...) Socialpsykiatriens indsats vil primært rette sig mod den ydre verden, hvor opgaven er at støtte evnen til social mestring, for eksempel ved at reducere de ydre belastninger, eller ved at træne og udvikle social kompetence. Men den socialpsykiatriske indsats må inddrage viden om den sindslidendes indre verden for at forstå og få perspektiv på den sindslidendes muligheder for social mestring."

(VISP, 2000a, s. 41).

Pointen er her – ud over at give en model til forståelse af et menneskes forskellige livssammenhænge – at vise, i hvilken grad denne model repræsenterer en psykologisk – og i høj grad relationel – forståelse af mennesket. En social, psykologisk, fristes man næsten til at kalde den.⁵⁵ Det er på ingen måde mod mine interesser at styrke den psykologiske tænkning i socialpsykiatrien, men netop fokuseringen på det psykologiske i forhold til det psykiatriske giver igen grund til at undre sig over, hvilket psykiatrisk så vigtigt aspekt, der *så* findes i socialpsykiatrien. Med andre ord – og mere direkte sagt – så har socialpsykiatrien måske i virkeligheden bevæget sig tættere på en social – eller relationel – *psykologi* end en social *psykiatri* end de fleste vil indrømme?

Det generelle billede af de forskellige udmeldinger fra *både* socialpsykiatrisk og distriktspsykiatrisk hånd synes at være, at man lægger vægt på den sindslidendes sociale verden og mestringen af dagligdagen. Der foreslås støtte til at klare denne dagligdags mestring gennem konkrete handlinger eller træning med hjælp fra diverse støttepersoner.

⁵⁵ En kritisk kommentar til modellens følgetekst er dog, at den stadig har greb om den instrumentelle tænkning, og at den 'viden' der nævnes, kunne tænkes at nærme sig Craafords fordringer til 'personale-viden' der blev kritiseret for at være lige lovlig udvendige. Se afsnit 4.2.

Det der måske savnes er en mere sammenhængende helhedsforståelse af den *forholdemåde* der er nødvendig i socialpsykiatrien – og måske også hele den resterende psykiatri. Der er blevet anvendt teori fra den person-centrerede forholdemåde på socialpsykiatrien her i afhandlingen, ud fra et konsekvent humanistisk-eksistentielt synspunkt, der lægger en væsentlig del af vægten for en god hjælp, og dermed for gode muligheder for forandring for det sindslidende menneske, på den hjælpgivendes forholdemåde som person. Synspunktet er faktisk er der *kun* sker en kvalitativt god hjælp, når hjælperen indtager en forholdemåde, hvor denne bruger sig selv som person i hjælperelationen og ikke på forhånd *vil* noget med den anden, som fx. behandlingsbegrebet implicerer og gør.

Det er bl.a. på baggrund af dette synspunkt, at spørgsmålet, lidt polemisk måske, bliver stillet, om socialpsykiatrien faktisk er en psykiatri – eller man kunne kalde socialpsykiatrien ‘en psykiatri, der ikke er en psykiatri’. Og som ikke bør være det.

Det sociales betydning skal af den grund ikke negligeres, og forståelsen af, at der i personcentreret forholdemåde også faciliteres det interpersonelle aspekt – det relationelle – er vigtig. Man kan sige, at den personcentrerede tilgang implicit arbejder med interpersonelle relationer gennem den enkeltes oplevelsesverden, *gennem* det personlige og autentiske møde.

Det antydes mere eller mindre direkte, både af Brandt (1996, 2000)⁵⁶, VISP (2000a), i Sundhedsstyrelsens rapport (afsnit 7.1) og i den distriktspsykiatriske beskrivelse (afsnit 7.1.), at der skal fordres et nært, sammenhængende arbejde mellem socialpsykiatrien og den resterende psykiatri. Jeg vil her argumentere, hvorfor jeg er uenig i synspunktet:

- ✚ Både hospitals- og distriktspsykiatrien bygger grundlæggende sin menneskeanskuelse på et naturvidenskabeligt grundlag. Dette medfører en objektivisering af den sindslidende der gør, at denne tingsliggøres og i afgørende grad mister indflydelse på sit eget livsforløb. Det objektiviserende menneskesyn giver sig bl.a. udtryk i de nøglebegreber, der er behandlet i kapitel 5, og som desværre også trives i visse dele af socialpsykiatrien. Hvis socialpsykiatrien bliver en del af den resterende psykiatri vil man opleve, at netop de grundlæggende rettigheder, som VISP fremfører, går fløjten og den sindslidende patientgøres og bliver en sag⁵⁷. Fordelene ved *anonymitet, valgfrihed* i forhold til at modtage hjælp og at have *tid* til forandring er så store, at de er *umistelige* kvaliteter i hjælpen. Kvaliteter man med rette må frygte mistes eller i heldigste fald udvandes, hvis socialpsykiatrien nærmer sig den resterende psykiatri eller bliver en del af den. Konsekvensen af dette er nødvendigvis, at enten afstår man fra at sammenføre psykiatrien eller også skal de personcentrerede (eller lignende) værdier være selve grundlaget i en ny psykiatri.
- ✚ Der er *ikke* tale om, at hospitals- og distriktspsykiatrien som sådan bør afskaffes, eller at medicinering i én eller anden udstrækning ikke kan anvendes. Der er – mest yderliggående – tale om, at den humanistiske eller person-centrerede forholdemåde, der her agi-

⁵⁶ Det skal dog retfærdigvis anføres, at Brandt også vil have en humanistisk socialpsykiatri – blot overser han, at man ved en formaliseret sammenstyknung af psykiatrien vil miste netop de humanistiske kvaliteter han selv fordrer.

⁵⁷ Mosher, 1996, s. 46-50, opregner en 120-timers observation fra en psykiatrisk afdeling, hvor det viser sig, at ‘ekspeditionsprocessen’ for personalet primært består i operationelle-administrative handlinger, der levner ingen eller lidt tid til menneskelig omsorg. Dette er dog en californisk undersøgelse og kan ikke nødvendigvis generaliseres til den danske psykiatri.

teres for, *på det personlige plan*, kunne introduceres som den primære forudsætning for hjælpen i den øvrige psykiatri også, hvorved fokuspunktet på medicinering sekundariseres, og således antager karakter af et supplement, med en afskaffelse af alle de behandlingsinstitutionaliserede koncepter, der forstærker 'dem og os' tænkningen, fx. konferencer/lukkede personalemøder, hvor eksklusivitetstænkning og sprogbrug blomstrer, hvor patientens sag diskuteres, mv. Der tales på mange måder om en model, som bl.a. Mosher (1996) foreslår, hvor hospitalsindlæggelse begrænses til et minimum og kun sker på ganske bestemte forudsætninger, blot her med en person-centreret forholdemåde som basis for al den hjælp, personligt og instrumentelt, der gives. Der ville mao. *kun* kunne blive tale om en samlet psykiatri, der også inkluderede socialpsykiatrien, forudsat nogle ganske bestemte teoretisk-metodiske og personlige praksiser kunne garanteres i hjælpen. I første omgang vil det her være socialpsykiatrien der fordres person-centreret, idet forudsætningerne her ligger langt tættere på de ønskede end for resten af psykiatrien.

Det er alt i alt temmelig svært at se ud fra praksis, hvorfor socialpsykiatrien er en psykiatri, udover at den altså primært er en socialt og personligt rettet hjælp til mennesker med tilknytning til den øvrige psykiatri, dvs. mennesker med en diagnose.

I den socialpsykiatriske udgave jeg selv kender bedst, fra Støtte- og KontaktCentret, ville man nærmere med rette kunne tale om en socialt rettet hjælp på psykologisk/almenmenneskelig basis. Man har her haft politisk frihed i Københavns Kommune til både at kunne fravælge visitation og tilvælge anonymitet, og har dermed temmelig eksplicit ophævet fokus på, hvem der har psykiatriske diagnoser eller ej og dermed minimeret diagnosens formelle og sociale, psykologiske betydning. Man har ligeledes valgt, ikke at strukturere samværet og i stedet indført en kultur med et udvidet kollegabegreb, der bl.a. indebærer en større symmetrisk eller ligeværdig mellemmenneskelig hverdag, jf. tabel 2.

Et yderligere bud, som præsenteret i afsnit 6.1. på socialpsykiatriens mål er:

"...at socialpsykiatrien arbejder med psykosocial rehabilitering af mennesker, der lider af en psykisk sygdom. Sindslidelsen vil oftest være af psykotisk art, og det pågældende menneske vil som oftest først have været i behandling for den psykotiske lidelse i psykiatrien, dvs. i en psykiatrisk sengeafdeling, et psykiatrisk ambulatorium eller distriktskykiatrien".⁵⁸

(Larsen, et al., 2000, s. 17)

Ifølge denne opfattelse er socialpsykiatriens arbejdsfelt altså den psykosociale rehabilitering af psykotiske, der har været i forbindelse med den øvrige psykiatri – en formulering, der måske læner sig kraftigere op ad en psykiatrisk forståelsesramme end den her præsenterede. Det er ingen fejl at skrive, at de fleste sindslidende ofte har været i behandling i psykiatrien, men som kritikken blev præsenteret tidligere, så er brugen af de diagnostiske begreber en vis indikator for manglende forståelse af de rammer, socialpsykiatrien bør arbejde efter, hvilket altså her vil sige med en vis tilknytning til den psykiatriske verden.

Mere fornuftigt ridses det følgende op:

⁵⁸ Larsen, et.al., 2000,s.17.

”Man kan sige, at målet for socialpsykiatrien er ”at yde den sindslidende støtte til at få hverdagslivet til at fungere så godt som muligt. Kontakten mellem medarbejder og sindslidende er udgangspunkt for, at man sammen ser på hverdagslivet og finder frem til de områder, som ønskes ændret – eller fastholdt””.

(Larsen, et al., 2000, s. 17)

Dette understreger betydningen af socialpsykiatrien som et værensrums og ikke *nødvendigt* et forandringsrum, selvom det naturligvis kan bruges sådan også. I det følgende diskuteres netop fordringen om den nødvendige grad af ’væren’ i det socialpsykiatriske rum.

7.3. Socialpsykiatriens selvforståelse som personlig væren – og ikke så meget andet

Dette projekt, med at bestemme det særlige ved den socialpsykiatriske relation er allerede formuleret, blot for psykoterapiens område, af Spinelli. Han skriver:

”Mange ville faktisk gå så vidt som til at hævde, at selve psykoterapiens vellykkede resultat, hvordan man nu end definerer det, først og fremmest afhænger af kvaliteten af den relation, der er blevet etableret og de muligheder, den indeholder for at fremme en produktiv eller positivt oplevet forandring. Tilbage står imidlertid spørgsmålet om, præcis hvad det er, der er så specielt eller anderledes ved en psykoterapeutisk relation sammenlignet med enhver anden relation, eller om forskellige terapeutiske modeller fremmer etableringen af forskellige typer relationer.”

(Spinelli, 1998, s. 30)

Man kunne, med henvisning til Rogers påpegnings af, at den psykoterapeutiske relation ikke adskiller sig væsentligt fra så mange andre dagligdags relationer, for så vidt de opfylder betingelserne for forandring, sige, at det gør den socialpsykiatriske relation heller ikke. Eller bør ikke gøre. Det gør det imidlertid ikke meget nemmere at bestemme relationen, men det haler den ned på virkelighedens grund fra en noget akademisk forståelse, som mange forsøger at tilvirke fx. psykoterapien gennem uforståelige og uigennemskuelige fortolkningsystemer og neutralitetsprincipper. Det samme skulle nødvendigvis ske for socialpsykiatrien.

Som vist med figur 3 og 4, afsnit 6.3., kan socialpsykiatrien forstås i større overensstemmelse med virkeligheden som en mulighed for et værensrums end som en behandlingssituation, og det blev sagt, at forandringsvejen som udgangspunkt er gensidig – begge parter har muligheden for forandring. Man kunne være så konsekvent at foreslå, at medarbejderen altid må være klar til at lade sig forandre, mens det aldrig kan være noget krav til den hjælpsøgende. Det er som at sige, at der ikke findes dårlige elever, kun dårlige lærere. At der ikke findes besværlige patienter, kun uformående behandlere. Allegorien skal ikke misforstås som en hierarkisk læresituation, hvor decideret viden adskiller de to parter. Viden og erfaring er nok forskellig, men det er den generelt set mellem alle mennesker og kan derfor ikke være et parameter at styre efter specielt i en hjælperelation. Den hjælpende kan klart lære mindst lige så meget om sig selv, som den hjælpsøgende, men det må naturligvis ikke overskygge det primære fokus for at indgå i hjælperelationen; at stille sig til rådighed for den hjælpsøgende. Men det er et sundt grundlag for relationen, at begge parter står overfor en potentiel forandringssituation, nøjagtig som i alle andre relationer i livet.

Det er måske i virkeligheden den bedste måde at beskrive ligeværdigheden i relationen på. Forstået på den måde, er den socialpsykiatriske relation nøjagtig ens i sine grundvilkår som alle andre relationer. Hvis hjælpen ikke bliver vurderet som god nok af den hjælpssøgende, må den hjælpende part forandre sig – aldrig den hjælpssøgende.

Dette synspunkt indeholder en underliggende kritik af den konventionelle behandlingstanke, idet denne ensidigt retter sig mod den hjælpssøgendes forandring, ikke mod den hjælpende, der pr. definition har ekspertisen og derfor altid er god nok. Hvis yderligere viden ønskes i rammerne af den konventionelle behandlingsidé, skal den åbenbart hentes på kursusbænken eller i det lukkede supervisionslokale – aldrig i hjælpesituationen eller i fx. et åbent supervisionsforum, hvor en direkte supervision fra andre hjælpmodtagere eller den konkrete hjælpmodtager er til stede.

Det kan virke som store krav at stille til folket af hjælpere i psykiatrien generelt, men de er ikke desto mindre nødvendige. Den personlige væren er det dobbelte spejl af både den enkeltes livsverden og det relationelles basis, og de bør ikke skilles ad i 'Jeg-Det'-konstruktioner.

Det hjælpesystem, der indretter sig efter en værens-relation og udelukker de omnipotente vrangforestillinger fra ekspertens (hjælperens) side, vil opleve at den 'ressourcesvage', 'uformående' og 'hjælpeløse' hjælpssøgende meget hurtigt oplever autonomi og styrke. Det er som at blive set som et eksistentielt, ressourcestærkt menneske, trods den svære kamp med sindslidelsen. Dette finder man bl.a. belæg for i Topors undersøgelse (2001, 2002a, 2002b) samt hos Mosher (1996), der støtter sig op ad undersøgelser i det yderst spændende, medicinfri Soteria-projekt, han var med til at gennemføre, hvor behandlings-outcomes med ikke-fagligt uddannet hjælpere og medicinfrihed, viste mindst lige så gode resultater som tilsvarende konventionel psykiatrisk behandling.

Som overskriften på dette afsnit antyder, så må socialpsykiatrien tåle en selvforståelse som faciliterende – og udøvende – personlig væren – og ikke så meget andet. Denne væren er det levede liv, hvor mennesket ses og mødes som en autonom person, og ikke som et umyndigt objekt for andres myndighed. Når begrebet 'tåle' anvendes, er det fordi, det synes så svært i hjælperens gode hjerte, at 'lade den anden være' og stole på, at han eller hun nok skal finde en vej. Det er ikke det samme som at være ligeglad eller lade den anden sejle sin egen sø, men det betyder, at hjælperen skal stole på den andens egne ressourcer og leve derefter. Det er en fejlslutning at tro, at man som hjælper skal 'gøre noget ved den anden', udover at hjælpe til at lade det enkelte menneske gøre noget ved sig selv. Dette finder i øvrigt også støtte i Topors undersøgelse, hvor det, at personen oplever, selv at gøre noget ved sin livssituation, kendetegner nogle væsentlige træk ved recovery-processen (Topor, 2001, 2002a, 2002b). En central pointe i Topors undersøgelse er desuden, at vi må tåle, ikke at kunne udsige endeligheder om forskellige mennesker. Vi må mao. tåle, ikke at vide hvornår og hvordan forskellige meninger under forskellige omstændigheder giver sig udtryk og hvad de betyder for det sindslidende menneske. Hvilket understreger betydningen af bl.a. Rogers empatibegreb.

7.4. Kan terapeutiske erfaringer overføres på socialpsykiatrien?

Der har været arbejdet meget i terapeutiske begreber og teorier i denne fremstilling. Det kunne derfor være relevant at stille spørgsmålet, om disse erfaringer kan overføres til socialpsykiatrisk hjælpearbejde i nogle generelle termer.

Vi står med et ret bredt spektrum af hjælperelationer, der har betingelser, der på forskellige parametre hhv. nærmer og fjerner sig fra den terapeutiske kondition, som så megen af teori-bygningen har taget afsæt i.

Men muligheden for at kvalificere socialpsykiatrien som værens- og forandringsrum beror på mange måder på muligheden for at kunne generere erfaringer fra psykoterapien over til socialpsykiatrien, uden at denne bliver primært terapeutisk eller behandlingsorienteret, men bevarer sit fokus på kontaktens kvaliteter.

Muligheden for at kunne generere erfaringerne er væsentlig, fordi der ikke findes et eget be- grebsapparat og entydige, ideologiske forståelsesformer i socialpsykiatrien.

Socialpsykiatrien blev tidligt i denne opgave defineret som 'en social indsats der ydes med det formål at sikre den sindslidende i at få opfyldt nogle grundlæggende sociale rettigheder, som disse mennesker ellers ikke kan få opfyldt i de almindelige sociale tilbud'.

Der er egentlig tale om flere niveauer i denne indsats. Dels peges der på en noget 'sags- orienteret' indsats til at få opfyldt nogle grundlæggende rettigheder og få et velfungerende hverdagsliv (formål). Dels vægtes kontakten mellem bruger og medarbejder som selve omdrej- ningspunktet i indsatsen (metode). Dels nævnes den eksistentielle modsætning en sindslidelse kan medføre, der afstedkommer følelser af angst og isolation (psykodynamik).

Der er således mange parametre for den socialpsykiatriske indsats, der berører både praktisk hjælp, almenmenneskelig støtte og én eller anden, ikke nærmere defineret, psykologisk ydelse. Hvis man tillige medregner fx. telefonisk og personlig rådgivning, der eksisterer bl.a. i Støtte- og KontaktCentret, nærmer man sig det mere traditionelle, psykologisk-terapeutiske revir.

Der er i denne opgave anvendt mange begreber fra terapisammenhænge, og det har været be- grundet i, at der foregår mange parallelle processer på alment niveau mellem terapi, rådgivning (i forståelsen 'counselling'/rådgivning II' – se afsnit 6.3.) og støtte-kontaktsarbejde, med den yderligere begrundelse, at de relationelle forhold er overensstemmende, uanset i hvilken sam- menhæng man taler om. Med Rogers (og Topor og Karpatschhof) udvides relationens virksom- me processer endda til at omfatte 'hverdags-relationens' kvaliteter.

Inden for psykoterapien spiller begreber som 'emotion', 'oplevelse', 'kognition', 'indsigt', 'ad- færd', 'mening' og 'eksistens' vigtige roller, afhængig af terapiretning. Det er almene begreber, der i forbindelse med terapiretningens ideologiske orientering giver en sammenhængsforståelse og nogle rammer at arbejde i. Disse rammer mangler socialpsykiatrien i væsentlig grad, og alli- gevel ser det ud til, at man tit i fx. støtte- og kontaktperson-arbejdet, for ikke at glemme rådgiv- ningsarbejdet, indgår i relationer med et menneske med en sindslidelse, der netop omhandler disse almenpsykologiske kategorier. Karpatschofs undersøgelse tydeliggør bl.a. dette (2002, 2001). Det samme gør Topors (2001, 2002a, 2002b).

Det vil nok være vanskeligt at lave en entydig distinktion mellem terapi, rådgivning og støtte- og kontaktpersonarbejde, hvis argumentet om både generaliserbarhed mellem praksisfeltene og pointeringen af de fælles virksomme relationelle kvaliteter skal fastholdes. Det er heller ikke sikkert, at ønsket om en definatorisk distinktion er realistisk. Alligevel vil det være en fordel med i hvert fald en klarlægning af terapibegrebet, så generaliserbarheden kan afprøves.

Da der allerede findes flere forskellige definitioner af terapibegrebet, vil det være nærliggende at begynde der. Vi kan kalde det terapidefinition 1:

"Psykoterapi beskriver enhver målrettet [intentionel] anvendelse af psykologiske teknikker hos en kliniker, der har til formål at forårsage en ønsket personligheds- eller adfærdsmæssig forandring".

(Korchin, 1976, i Hougaard, 1996, s. 21-22)

Denne definition er, blandt flere gengivne, den, der nærmer sig en anvendelig beskrivelse af psykoterapi bedst. Alligevel adskiller den sig fundamentalt fra de grundlag, der ellers er beskrevet her; den understreger terapiteknik, høj grad af bevidst stimulus-respons tænkning og afstikker en operationaliserende indstilling fra psykoterapeutens side.

I irritation over manglen på en adækvat terapidefinition (og her var Rogers ikke til megen hjælp) forsøgte jeg selv med følgende, kaldt terapidefinition 2:

Jo større vedvarende rækkevidde i forhold til klientens personlighedsforandring, som terapeuten ved sin forholdemåde intenderer, jo mere terapeutisk kan man sige, at relationens karakter er.

Problemet med denne definition er, at en skarp afgrænsning af begrebet fra traditionelt ikke-terapeutisk hjælp nu ikke vil være mulig. Der er tale om en glidende overgang, idet selv en 'almindelig støtte' i hverdagslivet kan vise sig at have store personlighedsforandrende konsekvenser for den hjælpøgende. Det vil aldrig kunne forudsiges, og det giver derfor ingen mening at lægge vægten i definitionen på én eller anden konkret effektmåling. Definitionen kan, med andre ord, kun svært danne udgangspunkt for en efterprøvning, fx. som effektmåling/succesrate. Det kræver i hvert fald en veldefineret afgrænsning af 'personlighedsforandring', men det gør sig så også gældende for terapidefinition 1. Hvordan man måler, hvor megen personlighedsforandring terapeuten ved sin forholdemåde intenderer, er ligeledes et stort problem.

Styrken i denne definition 2 er dog, at vægten lægges på den hjælpydendes forholdemåde og intention. Definitionen løser også spørgsmålet om, hvorvidt fx. støtte- og kontaktpersonarbejdet og anden socialpsykiatrisk indsats er 'behandling' eller ej. Det bliver i forhold til definitionen et absurd spørgsmål, for målet med al hjælpearbejde, uanset om det er defineret terapeutisk eller almenmenneskeligt støttende, må være at hjælpe den hjælpøgende derhen, hvor denne vil, eller 'blot' i første omgang, at hjælpe med i det hele taget at finde ud af, hvor denne gerne vil hen. Definitionen svarer også indirekte på spørgsmålet om, hvorvidt terapeutiske erfaringer kan overføres til socialpsykiatrien og omvendt, idet den er mere situations- og personbestemt end den er fagbestemt, og derfor godt kan bære, at konventionelle terapeutiske erfaringer bliver genereret ind i diskussionen om det relationelle aspekt i det socialpsykiatriske arbejde.

Blot skal man huske, at disse erfaringer fra psykoterapien som udgangspunkt ofte har haft megen intention fra terapeutens side om personlighedsforandring hos klienten (som i Korchins definition), hvor støtte- og rådgivningsarbejdet i socialpsykiatrien som udgangspunkt har ingen eller lidt intention om personlighedsforandring. Personlig forandring i socialpsykiatrien må finde sig i at ske på præmisser, hvor den hjælpende ikke på forhånd *vil* noget med den hjælpsøgende. Dermed ikke sagt, at personlighedsforandring ikke sker i det socialpsykiatriske møde, som det også fremgår af tabel 2, afsnit 4.3., for det gør der nok. Hovedsagen er, at indgangsbønnen til mødet skal være, ikke på forhånd at *ville* noget med den anden.

Og det udgør samtidig et stort problem med definitionen. Hvis argumentet her er, ikke på forhånd at ville noget med den anden, men blot at ville *mødet* med den anden (og det er det), ja, så holder definition 2 heller ikke.

Som nævnt i afsnit 6.3., under Spinellis hjælpe kategorier, konstituerer terapibegrebet et gevaldigt paradoks eller dobbelthed, idet det både kan betyde 'tjene' og 'helbrede'. Paradokset kan måske alligevel hjælpe som en pejling af terapibegrebets indhold og ses som to yderpunkter i et kontinuum. I den ene ende findes terapi som en tjenende hjælp, i den anden, terapi som helbredende hjælp. Det bemærkes, at begrebet 'tjene' henviser til en relationel indstilling (metode), mens 'helbrede' karakteriserer en målsætning eller resultat (formål).

Det er i tråd med synspunktet her at gøre gældende, at det netop er den 'tjenende' terapeut, der 'helbreder' bedst. Og at den 'helbredende' selvopfattelse hører til somatikken og bør blive der. Man kan imidlertid ikke nøjes med at lade terapi i psykologisk og psykiatrisk forståelsesramme være identisk med det 'tjenende' begreb. Hvordan, hvad og hvorfor tjener man som terapeut? Dét giver det tjenende terapibegreb ikke noget svar på i sig selv. Men man kan, kort fortalt, sige, at terapeuten tjener ved, ikke at ville noget med klienten på forhånd, tjener det formål, klienten selv ønsker og gør det i erkendelse af, at klienten bedst selv ved, hvad der tjener (!) denne bedst. Det betyder ikke, at terapeuten er selvudslettende, passiv og grænseløs. Det betyder, at terapeuten stiller sin person til rådighed for klienten med det formål at tjene som hjælp til, at klienten kan udforske sine interne (og eksterne) referencerammer. Enhver relation, der indeholder denne kvalitet, kan for min skyld siges at være terapeutisk, uanset, om 'terapeuten' er en god ven, et familiemedlem eller en arbejdskollega, der stiller sig tjenende i situationen. Det drejer sig om en forholdemåde i en levet livssituation, uanset hvilke rammer denne udspiller sig i.

Man kan måske tillade sig at ekstrahere følgende af overstående (terapidefinition 3):

Terapi er, når den hjælpende person tjener den hjælpsøgende ved, ikke på forhånd at ville noget med dennes person, tjener de(t) formål, den hjælpsøgende ønsker og gør det i erkendelse af, at den hjælpsøgende bedst selv ved, hvad der tjener denne bedst.

Interessant i denne sammenhæng, hvor en stor del af arbejdet har taget afsæt i Karpatschofs og Topors undersøgelser og i Rogers teori, er det, når Spinelli (1998) refererer til Oldfield (1983), der på baggrund af klientudtalelser har kategoriseret 4 hovedmål, som klienter oftest ønsker at opnå i terapi:

1. At ændre deres følelser, opnå lindring fra kvalfulde, emotionelle tilstande og øge deres selvagtelse og selvtilid.
2. At opnå en bedre forståelse både af sig selv og af de problemer, der skal tackles.
3. At genvinde deres evne til at klare tilværelsen og kunne arbejde effektivt igen.

4. *At forbedre deres relationer til andre mennesker.*

(Oldfield, 1983, i Spinelli, 1998, s. 74)

Man kan sige, at klientens mål med terapi retter sig mod nogle knap så spektakulære fænomener end de, der sædvanligvis opstilles af terapeuter. Når spørgsmålet nu igen stilles, om terapeutiske erfaringer kan overføres på socialpsykiatrien, kan det ses i lyset af, at klientens formål med terapi, som vist, ligner de almenmenneskelige målsætninger, socialpsykiatrien selv opstiller (jf. VISPs definitioner, afsnit 2.1.), og dels at forsøge at integrere den person-centrerede forholdemåde, der primært har sine rødder i terapien, i socialpsykiatrien, som et forslag til en anderledes forholdemåde end den eksisterende, der afsætter nogle gevaldige fodaftryk af konventionel behandling.

De tre terapidefinitioner er alle utilstrækkelige. Den sidste, nr. 3, vil kunne kritiseres for at være for bred og upræcis. At den mere er ønsket om en værdisætning, et moralsk kodeks, udsprunget af en bestemt psykologisk skole (den person-centrerede) end den er udtryk for det, der faktisk sker. Den beskriver en vel nærmest Kierkegaard'sk fordring om hjælpens karakter⁵⁹ som en tjenende 'service' fra en ydmyg, merforstående hjælper.

Skulle man beskrive det, der *faktisk* sker, ville terapidefinition 1 være mest præcis. Den rummer imidlertid ligeledes en værdisætning i form af terapeutens 'magiske' evne til at påvirke adfærden hos et andet menneske, hvor definition 3 fordrer det modsatte. Skulle man sammenligne definitionerne, kan man ikke ud fra dem alene vurdere, hvilken der bedst imødekommer Oldfields klienters målsætninger med terapi.

Formålet med dette afsnit var imidlertid også at undersøge, hvorvidt erfaringer fra terapimenhænge kan overføres til socialpsykiatrisk praksis, idet mange refleksioner i denne afhandling afhænger deraf. Dette medførte et ønske om en terapidefinition, for der igennem at kunne blive i stand til at svare på spørgsmålet. En terapidefinition har ifølge den person-centrerede forholdemåde dog ikke den vigtigste betydning, idet den, ifølge Rogers, tager som udgangspunkt, at den terapeutiske relation ikke i det væsentlige adskiller sig fra enhver anden relation, hvor de 'nødvendige og tilstrækkelige' betingelser for personlighedsforandring er til stede. Jeg følger gerne Rogers i denne antagelse eller erfaring, og dermed besvares spørgsmålet om generaliserbarhed bekræftende.

Følger man der imod ikke Rogers, vil det være nødvendigt med en del forbehold for generaliseringer fra psykoterapi til socialpsykiatri. I næsten alle andre terapiretninger anses psykoterapi for en mere eksklusiv størrelse, og kan derfor *ikke* generaliseres til de mere almenmenneskelige relationsformer, en socialpsykiatri består af. Dog må det konkluderes, at selv hvis man følger en eksklusiv psykoterapiopfattelse, så lider den af den svaghed, at den – som definition 1 – stadig er for bred og upræcis til, fuldstændig at udelukke de relationelle møder, der finder sted udenfor terapilokalet, fx. i en rådgivning. Man kunne sige, at bortset fra, at der i en socialpsykiatrisk rådgivning sjældent arbejder en 'kliniker', så ville det ikke være utænkeligt, at rådgiveren anvender teknikker, 'der har til formål at forårsage en ønsket personligheds- eller adfærdsmæssig forandring'. Så selv om man anvender en konventionel terapidefinition, som nr. 1, så udelukker den ikke samtidig mange andre former for 'ikke-terapeutisk forandringsarbejde'.

⁵⁹ Kierkegaard i "Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem meddelelse, Rapport til historien af S. Kierkegaard. Posthumt udg. Af P.C.Kierkegaard, C.A. Reitzel, København 1859.

Dette efterlader mere svaret om generaliserbarhed på grundlaget af den forholdemåde, den hjælpende part indtager, end på selve definitionen: hvordan anvendes teknikkerne, hvilken grad af intention er indbygget i relationen, hvilken grad af personlighedsforandring kan man med rimelighed sige skal ske, før noget kan betegnes som psykoterapi, hvor ligger ansvaret for forandring, hvilken magt til forårsagelse af ændringer tillægges klinikerne, osv.

Der er mao. ingen grund til, at en i forvejen person-centreret forholdemådes erfaringer, der er forsøgt defineret i terapeutisk kontekst (definition 3), *ikke* skulle kunne generaliseres på et praksisfelt, der også i forvejen læner sig op ad de samme forholdemåder. Det ville straks være et andet spørgsmål med væsentlig større problemer, hvis en konventionel terapiforståelses erfaringer skulle generaliseres på et person-centreret praksisfelt. Derfor kan siges, at i hvert fald en overvejende del af terapeutiske erfaringer, der ligger indenfor rammerne af humanistisk psykologi, faktisk kan generaliseres. Og ifølge Rogers uden de store problemer. Relationen 'i-sig-selv' er mao. kongruent med de værdier, som Rogers – og for så vidt Karpatschof og Topor – finder.

Vi har imidlertid ikke løst spørgsmålet, som vi lod hænge til tørre fra afsnit 4.4., hvor Mearns & Thorne (2000) fordrede en *fuldstændig* efterlevelse af kernebetingelserne, før en tilstrækkelig relationel dybde kan være til stede og dermed grundlaget for personlig forandring kan finde sted. Spørgsmålet er, om Mearns & Thorne egentlig går med eller mod Rogers oprindelige tanke om ensheden mellem det helende i relationens karakter i hhv. hverdagsrelationer og terapeutiske ditto. Rogers siger godt nok, at hvor betingelserne er til stede, kan forandring ske, men hvis Mearns & Thorne kræver en relationel dybde af 'en anden verden', skaber det unægtelig visse vanskeligheder for venskabsrelationen eller samværsrelationen. Spørgsmålet er da, om de mystificerer eller gen-placerer person-centered approach? Selv er jeg dobbelt mht. dette. Jeg ønsker også en genplacering af PCA i den videnskabelige og praktiske psykologi, men jeg ønsker ikke at mystificere eller elitere det unødvendigt. Det er nok rigtigt, at denne relationelle dybde kun vanskeligt skabes og ikke opstår uden en vis indsats og at kernebetingelsernes betydning heri er meget væsentlige, men det udelukker ikke nødvendigvis, at det samme faciliterende miljø kan opstå eller skabes udenfor terapilokalet. Og der bliver vi nødt til at lade vaske-tøjet hænge. Synspunktet vil være, at der åbenbart – med baggrund i Karpatschofs og Topors undersøgelser – er noget der, med nogle kvaliteter lignende Rogers, er virksomt og bliver vurderet positivt af de mennesker, der modtager hjælpen. At det måske kunne blive endnu bedre ved en mere konsekvent efterlevelse af de Rogerske betingelser, er til gengæld sandsynligt.

7.5. Kan der opstilles principper for person-centreret hjælp i socialpsykiatrien?

Det tilbagevendende spørgsmål er, om socialpsykiatrien bør have en ensartet metode. På den ene side den *formelle*; om man skal tilstræbe, at en vis 'kvalitetssikring' indføres, på samme måde som fx. psykologer og læger har en blåstempling for visse minimumsgarantier. På den anden side en *ufornel*, hvor selve det metodiske grundlag, som socialpsykiatrien eksisterer på, bliver mere overensstemmende over hele landet.

Et udtryk for en interesse i den *formelle* minimumssikring er Socialministeriets 'Vejledning om støtte- og kontaktpersonordning for personer med sindslidelser' af 3. december 2001, hvor grundlaget for ordningen formuleres, og hvor den sindslidendes særlige rettigheder og præmisser opridses – et grundlag, der ligner Videnscentrets, som præsenteret i afsnit 2.1. Det er der brug for. Der-

med ikke sagt, at socialpsykiatrien skal ligne sundhedsvæsnets psykiatris hierarkiske opbygning og protokolerede verden. Det vil vi lade psykiatrien slås med. Socialpsykiatrien skal for enhver pris holde sig klar af disse farefulde farvande, der fratager hjælpearbejdet sit fokus; den brugerrettede hjælp. Men det er vigtigt for at sikre det sindslidende menneske en kvalitetssikring, så længe den ikke låser socialpsykiatrien fast i formalisme.

Diskussionen om den *uformelle* forståelse af metode er vanskeligere. Socialpsykiatrien består af en mangefarvet palet af forskelligt rettede tilbud og forskellige udformninger af disse (Brandt, 1996, 2000, Høgsbro, 2000, VISP, 2000a), hvilket generelt vurderes positivt, idet forskellige tilbud retter sig mod forskellige mennesker og forskellige behov. Det skal heller ikke kritiseres her. Alligevel kan jeg have en vis tilslutning til Brandts pointering af, at ...

... kun få af tilbudene synes at bygge på andet end en praktisk teori. Det må være spørgsmålet, om ikke betegnelsen socialpsykiatri burde reserveres – både begrebsmæssigt og aktivitetsmæssigt – til arbejde, der foregår på særlige socialpsykiatriske, teoretiske præmisser og med veldefinerede socialpsykiatriske metoder.”

(Brandt, 1996, s. 113)

Det samme argument gør sig sådan set gældende i denne afhandling: kun på et ganske bestemt grundlag, hvor nogle væsentlige, *personlige* forholdemåder gør sig gældende, ydes en tilstrækkelig god hjælp. Forslaget herfra har været den person-centrerede forholdemåde, men der kunne tænkes andre, beslægtede, fx. eksistentielle, forholdemåder, der i det væsentlige indeholder humanistiske, eksistentielle, fænomenologiske og person-centrerede kvaliteter.

Med hensyn til Brandts formulering om 'veldefinerede metoder' er jeg lidt mere forbeholden, selvom Brandt også fokuserer på, at "*målet med hjælpearbejdet må ligge i personen selv og ikke i en ændring af personen*" (Brandt, 1996, s. 119). Det er mødet, det interpersonelle, der er målet, ikke hvilken forandring jeg som hjælpeperson kan bringe den hjælpssøgende. Det svarer ganske godt til den tidligere formulering om, ikke på forhånd at *ville* noget med den anden.

Alligevel konstituerer det et vist paradoks, idet den hjælpssøgende – på kort eller lang sigt – må formodes at ønske én eller anden forandring i sin livssituation, om ikke andet så at opnå en nogenlunde stabiliseret eksistens, hvilket ikke er så lidt endda. Det vigtige er blot at forstå, at det ikke kan være udgangspunktet for hjælpearbejdet på det personlige plan, men en eventuel målsætning der opstår *i* mødet.

Jeg forstår muligheden for personlig autencitet i mødet, på de person-centrerede grundbetingelser, som den bedste metode i socialpsykiatrien. Når jeg er en anelse forbeholden for et begreb som 'veldefinerede metoder', så er det faren for en dogmatisk opfattelse af metodebegrebet, der danner mit forbehold.

I Videnscentrets metodeantologi (VISP, 2000b) har man forsøgt sig med 10 bud fra forskellige forfattere. Antologien hedder '*Når rejsen er målet*' og fokuserer dermed på processen, på relationen, på forandringsmulighederne *imens*, og ikke på en målsætning om behandlingsmæssige resultater. Selvom det er et prisværdigt – og nødvendigt – forsøg på at præsentere nogle forskellige metodeovervejelser i socialpsykiatrien, så bærer flere indlæg – som nævnt tidligere – præg af, at man som hovedmål er optaget af at opbygge støttesystemer for støttepersonerne, og ikke for de hjælpssøgende. Der undgås ikke en vis selvoptagethed af egne præstationer; man reflekterer i det væsentlige over, hvordan 'vi' bedst hjælper 'dem'. Og dermed undgår man det

vigtigste; den personlige forholdemåde. Mange af indlæggene er, med andre ord, temmelig fremmedgjorte og 'person-forskudte' i sit forhold til hjælpen. Det er som Yaloms eksempel med tjeneren, der opfører sig som han *tror*, en tjener skal opføre sig. Her blot en socialpsykiatrisk medarbejder. Eller en psykolog.

Der er altså to let tilgængelige lag i denne publicerede metodiske diskussion fra Videnscentret: den praktiske (hvad og hvordan man gør tingene) og en 'teoretisk' (hvorfor man gør tingene). Blot synes man ikke at koncentrere sig om den personlige forholdemåde som en både praktisk og teoretisk 'metode' eller 'metodegrundlag'. Måske er det svært at forstå en 'forholdemåde' som en metode i sig selv, selvom det præcis er pointen her.

Det virker som om, at fordi man i socialpsykiatrien er praktisk rettet i sin formålparagraf; 'at støtte den sindslidende til at få et hverdagsliv, som fungerer så sammenhængende og hensigtsmæssigt som muligt' (se afsnit 2.1.), så behøver man ikke en basisteori. Det er alligevel for akademisk. Og her misforstår man noget væsentligt. Ved manglen på en basisteori mister man de muligheder for spejling af praksis, der kan være nødvendige for en udvikling af feltet. Om ikke andet så mangler man et sprog og nogle rammer at gøre det i. Dette er ikke et argument for en akademisering af socialpsykiatrien, men en fokusering på en sammenhængende ramme at tale om 'måden at behandle hinanden på'. Hvis denne sammenhængende ramme, hvor PCA er foreslået her, eksisterer, vil man endda bedre kunne tale om de mange forskellige måder der findes at gøre tingene på og dermed give bedre mulighed for en større selvforståelse eller selvbevidsthed som en del af det socialpsykiatriske praksisfelt.

PCA er en bedre ramme end de fleste, fordi den indeholder muligheden for en udvikling af hjælperelationen for alle parter. Den er ikke eksklusiv, men tillader sig en lærende indstilling fra den hjælpendes side. Den fordrer dermed en ophævelse af 'dem og os' tænkningen, uden at forklejne, at hjælpen bør gives på et grundlag, hvor den ene person er kongruent og den anden inkongruent, dvs. at hjælperelationen sker på de personlige præmisser, hvor den hjælpsøgende bliver hjulpet derhen hvor denne ønsker, gennem en relationel 'dybde'. Der kan være nogen vanskeligheder i både at forklare og forstå dette, hvis det ikke er selvoplevet, men mon ikke de fleste vil kunne nikke genkendende til, måske blot en enkelt gang, virkelig at være blevet forstået lige dér hvor man var, og at denne situation virkelig satte sig nogle gode, dybe positive og lærerige spor?!

På spørgsmålet om der kan opstilles principper for person-centreret hjælp i socialpsykiatrien, er svaret, at der *bør* og *skal* opstilles sådanne principper. De kan være mere eller mindre samstemmende med Rogers opfattelse, men de må i sit grundlag indeholde de fundamentale kvaliteter, som den empiriske forskning har fundet og som er blevet præsenteret. Samtidig må de tage udgangspunkt i den *personlige* forholdemåde og ikke i en normativ eller formel strukturel metode. Lige så snart relationen teknificeres, mistes det umistelige, som socialpsykiatrien kan være så stolt af; den ligeværdige relation i det personlige møde, uanset om rammen er samværsrelation, støtte- og kontaktpersonordningen eller den personlige rådgivning.

Et forslag til principper for person-centreret hjælp i socialpsykiatrien:

- ✚ At hjælpe er på forhånd ikke at *ville* noget med den anden.

- ✚ Hjælpen må basere sig på det autentiske møde mellem hjælpsøger og hjælpyder. Det er altid hjælpyders ansvar at arbejde derfor.
- ✚ Hjælpen bør være så teknikfri som muligt.
- ✚ Hjælpyder må forholde sig så autentisk, empatisk og anerkendende overfor hjælpsøgers person som muligt.
- ✚ At hjælpyder er autentisk er ensbetydende med at være person-lig, ikke person-forskuddt.
- ✚ Hjælpyder må være parat til, altid at ville forandre sin opfattelse af sig selv og den hjælpsøgende eller åbent meddele, hvis dette ikke er muligt.
- ✚ Hjælpyder må forstå sig selv som terapeutisk *tjenende*, ikke terapeutisk *helbredende* i de situationer, hvor et behov for en asymmetrisk hjælperelation opstår. I alle andre situationer er hjælpyder udtrådt af hjælpepositionen.
- ✚ Jo større grad af autencitet og egenaccept hjælpyder besidder, jo mindre er behovet for at opbygge støttesystemer for støttepersonerne i organisationen.
- ✚ Hjælpyder er bundet af sin personlige autencitet i forhold til graden af involvering, engagement og ansvar i relationen. Intet andet.
- ✚ Hjælpyder må kunne skelne mellem noget nær symmetriske samværsformer og asymmetriske hjælpesituationer, uden at miste den grundlæggende oplevelse af ligestilling i relationen. Dette sikres bedst gennem hjælpyders autentiske tilstedeværelse og parathed til at vise både styrker og svagheder i relationen.
- ✚ Oplevelsen af autencitet må være reel og må udtrykkes i tilstrækkelig grad til, at hjælpsøger oplever dette.
- ✚ Hjælpens professionalitet beror på opfyldelsen af ovennævnte betingelser, ikke på faglig baggrund, hierarkisk placering, mv.

7.6. 'Love is all you need'?

Ovenstående principper modsvarer forhåbentlig i sin sværhedsgrad i faktisk efterlevelse, den overfladiske kritik af PCA der hedder, at det jo bare drejer sig om 'love, love, love'. At stille disse krav til hjælpyderens egen forandringsvillighed transcenderer absolut en enkel opfattelse af hjælpen som værende blot 'næstekærlig', 'overbærende', 'udvisket' eller lignende.

I en film, (som anvendes som en del af undervisningen på Institut for Psykologi, Københavns Universitet), hvor Rogers, Perls og Ellis (rationel-emotionel terapi) hver gennemfører en samtale-session for at demonstrere deres terapi, udtaler Rogers, at hans grundlæggende forholdemåde er at betegne som 'non-possessive love', hvilket måske efterlader det indtryk at 'bare man holder af klienten, skal det nok gå'. Måske har den amerikanske udgave af PCA som en *movement*

fremkaldt en del rynkede europæiske næser, og måske har Rogers egen baggrund i et kristent opvækstmiljø (han startede desuden med at læse teologi, før han sprang fra og begyndte på psykologi) påvirket indstillingen for Rogers i en 'næstekærlig' retning i udviklingen af PCA.

Guru-dyrkelse, movements osv., skal imidlertid ikke have lov til at devaluere de væsentlige pointer og inspirationskilder, der er at finde i PCA. Hvis nogen vil betegne PCA som en 'psykologisk videnskabeliggørelse af princippet om næstekærlighed', så for min skyld gerne, blot man husker, at PCA er så meget mere. De person-centrerede implikationer for livet rækker meget længere end en stump opfattelse af, at 'dét at blive holdt af, er helende'. Selv opfatter jeg ikke Rogers som havende skjulte religiøse dagsordener på PCA's vegne i forhold til en udbredelse af det kristne budskab, selvom han med alderen angiveligt begyndte at beskæftige sig med mystikken og ånden.

Jeg hørte engang psykologen Jónas Gústafsson, (refereret i afsnit 2.3., 2.4., 7.1.) og som nok nærmere er marxist end kristen, under et foredrag sige, at når man skræbde alle teoretiske overvejelser, alle forbehold og praktiske omstændigheder til side, så var det hans erfaring, at alle menneskers ulykker – diagnosticeret eller ej – på bund og grund handlede om ulykkelig kærlighed.

Det kan der nok være en sandhed i. De skæbnefortællinger jeg selv hører i Støtte- og Kontakt-Centret handler om det samme. Mangel på kærlig, brutalisering af kærligheden, forvrængning af kærligheden, for megen kærlighed, for lidt kærlighed, fortvivlet kærlighed, misforstået kærlighed, forsmået kærlighed og så videre og så videre.

Hvis begrebet 'amatør' betyder 'af hjertet' eller 'elske', er det ikke usandsynligt, at mange hjælperelationer ville nyde gavn af en amatør som hjælper. Måske har samfundsudviklingen skabt en professionalisering af almenmenneskelige relationelle kvaliteter og i forbifarten formaliseret hjertet?

I Kierkegaards efterhånden populære hjælpedefinition⁶⁰ må den der vil hjælpe, indstille sig på at være tjener for den hjælpsøgende og må besidde en merforståelse – men må først og fremmest møde den hjælpsøgende dér, hvor denne befinder sig, ellers er merforståelsen ubrugelig. Den, der alligevel vil gøre sin merforståelse gældende er udelukkende forfængelig og ikke oprigtigt interesseret i at hjælpe den anden.

Merforståelse kan opfattes som grad af uddannelse, viden og erfaring, men merforståelse er først og fremmest erkendelsen af, at der findes en vej. Det er også erkendelsen af, at kunne tåle, at vejen endnu ikke er fundet eller gået. Merforståelse er da at vide, at man ikke skal gøre sin merforståelse gældende for enhver pris, hvis det ikke hjælper den anden. En udvidet form for empati, måske.

Jeg ser ikke næstekærlighed som noget specielt religiøst, men som en almenmenneskelig kvalitet, der nok har en kulturel bias, men stadig som en almenmenneskelig kvalitet i forståelsen 'næste-respekt'. Og den trives rigtig godt i praksis.

⁶⁰ Kierkegaard, "Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem meddelelse, Rapport til historien af S. Kierkegaard. Posthumt udg. Af P.C.Kierkegaard, C.A. Reitzel, København 1859.

Kapitel 8. Konklusion

Projektet har været et forsøg på at bestemme den særlige relation, der eksisterer i socialpsykiatrien.

Projektet har endvidere vist sig at rumme muligheden for et forslag til en implementering af en person-centreret forholdemåde i socialpsykiatrien, ud fra Rogers teorier, og endda er det blevet foreslået, at en sådan implementering kunne gøre sig gældende i hospitalspsykiatrien også, idet person-centreret forholdemåde er en generel teori, der lader sig almengøre på tværs af behandlingssektorielle grænser, om end sidstnævnte implikationer ville volde visse paradigmatiskke problemer...

'Person-Centered Approach' er forsøgt beskrevet som en særlig velegnet model til at begribe relationens virksomme elementer og den er blevet opstillet som en gennemgående alternativ forståelse i forhold til meget af den konventionelle psykiatris menneskeopfattelse og arbejdsmetoder.

At kunne konkludere noget i traditionel forstand er måske for meget forlangt, eftersom der ikke er fremlagt nogen hypotese til efterprøvning. Opgaven har været et forsøg på en bestemmelse af 'den socialpsykiatriens relation og betingelserne for at denne udvikles'. Alligevel kan følgende siges at være essensen af dette arbejde.

Den socialpsykiatriske relation er anderledes end sundhedspsykiatriens, idet den foregår på et humanistisk, almenmenneskeligt, ikke primært fagligt bestemt, men alligevel professionelt, grundlag. Dette giver socialpsykiatrien mulighed for at udvikle relationen på almenmenneskelige betingelser og med almenmenneskelige kvaliteter.

Disse kvaliteter er empirisk fundet af Karpatschhof og Topor, og Rogers, der dog har udviklet sine kvaliteter og 'metode' i terapeutisk sammenhæng. Alligevel kan man godt generalisere disse kvaliteter fra terapeutisk til almenmenneskeligt rum, så længe man afmystificerer terapiens elitære status og har autencitet som vigtigste kvalitet i relationen.

De organisatoriske og institutionelle rammer må være af en sådan karakter, at de afspejler en person-centreret forholdemåde, fx. gennem reelle fællesskaber, det udvidede kollegaskab og åbne supervisionsfora som en gensidig lærings- og arbejdssituation, hvor sagsorientering minimeres og objektivisering mindskes og at man derved faciliterer grundholdninger, som fx. foreslået gennem Bubers Jeg-Du-kvaliteter, og hvor kravet til forandring udelukkende påhviler den *hjælpsøgende* part, der på grundlag af de person-centrerede facilitationsbetingelser bør skabe gunstige muligheder for læring og vækst for den hjælpsøgende, uden garanti for at dette sker og uden at dette kan være noget krav til den hjælpsøgende.

Grundlaget for, at relationen udvikles er desuden, at socialpsykiatrien afholder sig fra ægteskab med sundhedspsykiatrien, der i sin grundtænkning er naturvidenskabeligt orienteret med deraf følgende konsekvenser af objektivisering af det personlige møde.

Empirisk finder brugerundersøgelser kvaliteter i relationen der handler om balancen mellem nærhed og distance, medmenneskelighed og professionalisme, praktisk og eksistentiel karakter og mellem støtte og modspil.

Relationen bestemmes som afgørende for hjælpøgendes mulighed for eksploration af egne vækstpotentialer, men bør bygge på det autentiske møde mellem to ligeværdige personer. Betingelserne for at dette sker, beror således på den hjælpøgendes evne til at være autentisk i mødet og frigøre sig fra objektivisering af den hjælpøgende og på hjælpøgendes evne til at indgå i et ligeværdigt, risikovilligt og personligt forhold.

Da empirien fra Karpatschofs brugerundersøgelse (kapitel 3) som sit genstandsfelt har et afgrænset område af socialpsykiatrien, må den begrebsliggøres gennem en teoretisk referenceramme for at kunne almengøres. Der er her valgt den person-centrerede forholdemåde, som foreslået af Carl R. Rogers. Der er fundet et vægtigt sammenfald mellem empiri og teori, der i store træk konkluderer de samme egenskaber ved succesfuld hjælp. Dette leder bestemmelsen hen imod de personlige kvaliteter hos den hjælpøgende (som beskrevet i kapitel 3 og 4), som *primære* forudsætninger for hjælp.

Socialpsykiatrien er desuden bundet op af paradokset som værende 'en psykiatri, der ikke er en psykiatri', med begrebslige og erkendelsesmæssige bindinger til behandlingspsykiatrien, der vanskeliggør en løsrivelse fra visse naturvidenskabelige præmisser, og komplicerer en bevægelse hen imod en egen humanistisk psykologisk referenceramme.

Socialpsykiatrien har 'egne muskler at spille med', men mangler en basisteori at spejle sig i, i selvstændighedsprocessen væk fra sundhedspsykiatrien, og dermed en ramme at forstå sin praksis i. Et forslag til en sådan basisteori er foreslået som PCA, der samtidig med at være grundlagsdefinerende tillader en stor grad af 'pluralisme' i den konkrete praksis, udtrykt som en indbygget fordring om, altid at forsøge at være 'sig selv'. PCA er således metodisk bundet til en bestemt forholdemåde der kræver en personlig integritet og dermed samtidig fordrer forskellighed i de personlige udtryk for hjælpeindsatsen, hvilket modvirker eventuelle tendenser til objektivisering, formalisme og stigmatisering.

Der er endelig tentativt opstillet principper for person-centreret virke i socialpsykiatrien, der sammenfatter nogle af de centrale pointer i denne opgave.

Afsluttende dette afsnit, vil der i det følgende blive gennemgået konkluderende og sammenfattende pointer punktvis. Ikke alle punkter vil blive kommenteret, da de i sig selv sammenfatter pointen tilstrækkeligt.

Socialpsykiatrien er uden en basisteori.

Socialpsykiatriens fundering i et praksisfelt uden tradition for forskning eller psykologisk teori stiller socialpsykiatrien uden mulighed for egne refleksionsrammer og gør, at socialpsykiatriens rødder i naturvidenskabelig psykiatri øver indflydelse på området. En indflydelse, der truer de umistelige kvaliteter, socialpsykiatrien besidder: personlig væren i ligeværdige relationsformer, udvidede kollegaskabsmuligheder, retten til anonymitet for den hjælpøgende, muligheden for at være 'klient' på flere niveauer, der udelukkende faciliterer den hjælpøgendes behov, diagnosefrihed og det autentiske møde.

- ✚ *Socialpsykiatriens uens grundlag danner grundlag for et eksperimentelt rum, men kan ikke vedblive at befinde sig i dette rum, uden en tese, en basisteori.*

Socialpsykiatriens uenshed i praktisk udformning over landet kan ses som en styrke, da det understøtter den hjælpøgendes muligheder for at vælge de tilbud, der matcher den hjælpøgende bedst. Denne styrke er dog kun gældende der, hvor de mange forskellige tilbud ligger inden for en geografisk opnåelig rækkevidde for den hjælpøgende, dvs. i de større byområder. 'Klientens' muligheder for 'sortier' (se afsnit 6.1.1.) er derfor ikke-eksisterende i områder, hvor der kun findes et enkelt værested eller rådgivning. Uensheden i praktisk metodeudformning giver dog mulighed for afprøvning af forskellige tilgange til socialpsykiatrisk arbejde, der på længere sigt må ses som en gevinst for udviklingen af feltet. Der er dog en fare for, at socialpsykiatrien ikke på længere sigt kan forblive uden en basisteori, hvis den skal kunne virke autonomt i forhold til den konventionelle psykiatri.

- ✚ *Socialpsykiatriens grundlag som ikke-behandlende bør resultere i en basisteori i humanistisk psykologisk referenceramme, hvor de empirisk underbyggede hjælperelationskvaliteter hos den socialpsykiatriske medarbejder må efterleves.*

Forslaget herfra er at finde denne referenceramme i person-centered approach, som grundlagt af Carl R. Rogers. Person-centered approach understreger bl.a. teknikfrihed, diagnosefrihed, personlig autencitet i relationen og indtager et tilpas ydmygt syn på hjælperollen, som en facilitator af gode vækstbetingelser, i modsætning til en omnipotent 'helbreder', mv. De øvrige kvaliteter er de kendte kernebetingelser, der handler om empati, kongruens og ubetinget positiv anerkendelse af den anden persons interne referencerammer.

- ✚ *Kvaliteterne hos den socialpsykiatriske medarbejder er at beskrive som den personlige evne til autentisk væren i relationen, forandringsvillighed og de af Karpatschof (afsnit 3.3.2.) empirisk fundne kvaliteter.*

- ✚ *Organisatorisk må socialpsykiatrien indrette både sin hverdag, sit sprog, tænkning og sin ledelsesform på de reelle, autentiske egenskaber, hvor den personlige åbenhed ikke kun, som vanligt, forventes ekspliciteret hos den hjælpøgende, men der imod, først og fremmest, hos den hjælpydende.*

Det er en helt omvendt og 'revolutionerende' indstilling, at åbenheden, tydeligheden, 'gennemsigtigheden', først og fremmest må være et krav til den hjælpydende person, at denne først og fremmest må være risiko- og forandringsvillig, og at dette ikke fremstår som noget krav til den hjælpøgende person. Det er den eneste måde man sikrer, at hjælpen bliver givet ud fra en personlig tilstedeværelse fra hjælperens side, og det underbygger som metode Topors resultater om andres risikovillighed som en vigtig del af recovery-processen.


Ledelsen repræsenterer en vigtig faktor som facilitator af de 'gode vækstbetingelser' for sine medarbejdere, hvad enten disse er konventionelt lønnede eller på anden måde engagerer sig i stedets virksomhed. Dette sker på nøjagtig samme kvalitetsgrundlag som de ovenfor nævnte, hvilket understreger både generaliserbarhed af teorien og ligeværdigheden i personlig væren, trods det eventuelle organisationshierarki.

Desuden er nævnt tiden, anonymitetsprincippet og arbejdstidsfleksibilitet som vigtige institutionelle betingelser for udvikling af relationen. Denne udvikling faciliteres fx.

gennem åbenhed i supervisionsformen, det udvidede kollegaskab, og i et bevidst arbejde med at eliminere 'dem og os' tænkningen.

- ✚ *Denne klan-tænkning (dem og os) forstærkes i jo højere grad personen læner sig op ad diagnostisk tænkning, ekspertrroller og konventionel professionalismeopfattelse.*
Stammefornemmelse kan være en styrke i amerikansk fodbold, men er destruktiv i hjælperelationer og andre samværsformer. Den forstærker eventuelle udstødningsoplevelser og er nok et psykologisk-socialt udtryk for sikring af egen tryghed og ønsket om selvbekræftelse som værende 'normal' – en del af storstammen. Denne evolutionært udokumenterede påstand til trods, ser ud til at have svære udryddelsesmuligheder, og endnu sværere, hvis basisteorien og de hjælpesystemer til styrkelse af basisteorien, der er bygget op, forstærker 'dem og os' tænkningen.
- ✚ *Professionalisme kan i stedet ses som graden af efterlevelse af autencitet i relationen, dvs. med minimal grad af person-forskydning fra den hjælpdydendes side.*
Inkongruens – eller 'person-forskydning' – er ikke en konstant egenskab ved mennesket. Det er situationsbundet hos de fleste, for andre varende en del af livet. Hjælperen kan ikke være omniautentisk, men må tolerere, at en vis grad af inkongruens også er en del af hans eller hendes egne livsomstændigheder, men sædvanligvis i en grad, der ikke ryster selve eksistensen, som det kan ske ved sindslidelser. Det er alligevel graden af autencitet i hjælperelationen, der bør definere professionalismen. Autencitet kan forstås som kombinationen af ærlighed, forandringsvillighed, risikovillighed og åbenhed i relationen, og udviklingen af dette sikres bedst gennem et miljø, der ubetinget positivt anerkender personens interne referenceramme, både hos den hjælpdydende og den hjælpesøgende person.
- ✚ *Autencitet kan medføre en højere grad af fleksibilitet i relationen, der tillader begge parter at udvise og udvikle personlige kvaliteter på godt og 'ondt'.*
På den måde gives mulighed for, at hjælpens retning kan være omskiftelig, afhængig af situationen, i forhold til den konventionelle hjælperelations fastlåsning, hvor hjælpens retning er ensidigt bundet af faglighed og ansættelsespapirer. Det er en fejlslutning at tro, at hjælpebehovet skulle være bestemt af ansættelsesforholdet.
- ✚ *Autencitet og neutralitet kan ikke sameksistere i relationen, hvorfor neutralitetsprincippet må opgives.*
Neutralitetsidealet er pr. definition uforeneligt med en person-centreret forholdemåde. At være personlig er modstykket til at forholde sig 'neutral'. Desuden er neutralitet en terapiteknik, der forsoner skjulte agendaer, ekspertens ophøjning over klienten og dermed gør ekspertens merforståelse gældende uden garanti for at møde klienten der, hvor denne er.
- ✚ *Det konventionelle behandlingskoncept (neutralitetsprincippet, ekspertrollen, klan-tænkning) er skyld i størstedelen af behovet for 'nursing' af medarbejderne og opbyggelse af støttesystemer for støttepersonerne.*
- ✚ *Autencitetskonceptet giver i stedet mulighed for en gensidig udvekslings- og udviklingsproces af personlige udtryk, der minimerer behovet for nursing af medarbejderen og deraf spild af ressourcer i metodeudvikling, hvor behovet for opbyggelse af støttesy-*

stemer for støttepersonerne ellers ofte træder i forgrunden frem for et reelt arbejde med den personlige relations forholdemådes 'helende', vækstorienterede, forandrende og udviklende karakter.

 **Professionalismebegrebet må revurderes.**

Professionalisme må i stedet for den konventionelle opfattelse, som en ensidig ekspert-klient-relation, forstås som hjælpepersonens grad af autentisk væren i relationen eller, i værste fald, en autentisk afvisning af relationen. Professionalisme må forstås som evnen til at være i relationen på den personlige udvekslings præmisser i stedet for en primær ekspertfaglig facadepræsentation eller en person-forskudt eller dissocieret tilstedeværelse, hvilket i den konventionelle professionalismeopfattelse er ensbetydende med en a priori tildeling af helende kræfter til hjælperen som fag-person.

Kapitel 9. Perspektivering

Implikationerne af en implementering af person-centered approach, den autentiske relation, i socialpsykiatrien, kan anskues fra mange vinkler; fra det personlige til det organisatoriske til det overordnede psykiatriske. Hvad kunne man tænke sig ville ske hvis man, med bredtftavnende arme, forestillede sig at en person-centreret basisteori faktisk blev implementeret?

Først og fremmest kan man hente en vis erfaring fra Rogers' egen litteratur (Rogers, 1951, 1967, 1990), hvoraf fremgår, at han har anvendt person-centred approach i sammenhænge såsom undervisning, medicin, 'business', socialt arbejde, administration og fredsarbejde (bl.a. Nordirland, Sydafrika og Sovjet), hvilket han blev indstillet til Nobels Fredspris for, kort før sin død i 1987, men trist nok ikke nåede at få nyheden om.

Desværre er hverken 'medicin' og 'socialt arbejde' beskrevet nærmere i Rogers litteratur, men må stå til troende. Essensen af arbejdet med PCA i andre sammenhænge end de terapeutiske svarer dog generelt set ganske godt til de forandringsprocesser i personen, som er beskrevet i afsnit 4.3., dvs. evnen til en større grad af ubetinget positiv egenaccept, evnen til at udtrykke sig friere, evnen til at finde 'locus of evaluation' i sig selv frem for i andre personer, større grad af ubetinget positiv accept/anerkendelse af andres interne referencerammer, osv.

Det samme kunne man så forestille sig ville ske med en socialpsykiatrisk person-centreret model. Denne er for så vidt, både på det personligt-relationelle og det organisatoriske, gennemgået, fortrinsvis i kapitel 5 og 6. Her er bl.a. fordringen om den person-lige, frem for person-forskudte, relation præsenteret i figur 1, afsnit 5.1. og i figur 3, afsnit 6.3.

Den resterende psykiatri – hospitals- og distriktspsykiatrien – bør specialisere sig i at varetage den medicinske *behandling* af sindslidelser. Med en velfungerende, person-centreret, socialpsykiatri, overflødiggøres den misforståede sammenblanding af relationel uautentisk samvær og medicinsk behandling, som psykiatrien i dag praktiserer. Socialpsykiatrien kunne sagtens indeholde tilbud om både psykoterapi, kriserådgivning, støtte- og kontaktperson-ordning og væresteder. Som sagt, ville en person-centreret forholdemåde med dens autentiske relationskvaliteter medføre et mindre behov for opbyggelse af støttesystemer for støttepersonerne i socialpsykiatrien, men også i psykiatrien.

På længere sigt, kunne man forestille sig en psykiatri, der – i stil med Mosher's forslag til en 'samfundspsykiatri', der reducerer konventionel psykiatrisk behandling til den mest nødvendige medicinering (Mosher, 1996) – havde afgrænsede medicinsk- og skadestue-konsultative funktioner. Alternativet til indlæggelser af ikke-somatisk karakter kunne fx. være midlertidige, akutte botilbud i socialpsykiatrisk regi med lægelig/medicinsk konsultativ tilknytning, alt sammen på anonym basis, dvs. uden journalisering, og med et tilbud om støtte- og kontaktpersoner og andre personlige tilbud til støtte eller terapeutisk rettet hjælp. Den refererede selvmordsstatistik efter udskrivelse, tabel 1, afsnit 5.2., understreger nødvendigheden deraf.

Problemet med en implementering af person-centreret tænkning i psykiatrien generelt set, er dog, at psykiatrien med en naturvidenskabelig basisteori formodentlig vil kolliderer med den humanistisk psykologiske person-centrerede. Derfor er det ikke realistisk at tro, at person-

centreret tænkning og praksis umiddelbart vil kunne introduceres i den eksisterende psykiatri. Hvordan dette problem overkommes er ikke umiddelbart til at øjne, men forudsætningen må først og fremmest være en socialpsykiatri, der mere konsekvent er sig selv bevidst om sin egen basisteoretiske forankring. Måske den kunne danne et eksempel, der kunne overbevise den medicinske del af psykiatrien om det fornuftige i en opdeling af medicinsk *behandling* og almenmenneskelig hjælp.

Verdens problemer – store som små – er imidlertid ikke løst, selv ved en gennemgribende applikation af person-centreret tænkning i de nævnte sammenhænge, selvom meget nok ville se anderledes ud.

Karpatschofs og Topors forskning viser nogle overensstemmelser, der giver en vis evidens for nogle af synspunkterne i denne afhandling. Jeg ved, at der er spirende ideer til et forsknings-samarbejde mellem Videnscenter for Socialpsykiatri og Alain Topor, og det bliver spændende at følge.

Man kunne forestille sig yderligere forskning, der mere målrettet undersøgte de relationelle kvaliteter, der allerede er fundet. Fx. kunne det være interessant at undersøge hjælpsoversøgers grad af oplevelse af autencitet i relationen, sammenholdt med en vurdering af tilfredshed og længe-revarende recovery, dvs. i hvilken grad hænger autencitetsoplevelser i relationen sammen med faktisk recovery over tid. Det kan ses som en kombination af Topors allerede eksisterende forskningsgrundlag og Karpatschofs tilfredsheds-kvaliteter, sammenholdt med nogle grundantagelser fra den person-centrerede tænkning. Problemet med dette aspekt er naturligvis, at det fokuserer på temmelig specifikke relationsformer, og tilsidesætter Topors pointe om, at recovery er en sammensat størrelse af mange faktorer, ikke blot de terapeutisk-relationelle. Ligeledes vil en forskningsmæssig håndterbar størrelse af autencitetsbegrebet være en besværlig faktor. Det skulle på forhånd defineres som udtrykt i nogle bestemte kvaliteter, som det ville være besværligt at blive enige om. Ydermere er der allerede lavet forskning, der om ikke er identisk, så har fundet, at Rogers kernebetinger vurderes som generelt succesfulde, uanset terapiretning (Rogers, 1951, Hougaard, 1996). De er blot ikke parret med Karpatschofs socialpsykiatriske rammer og Topors recovery, og det kunne sandsynligvis udgøre en forskel med henblik på en empirisk afklaring af specielt person-centrerede kvaliteter i socialpsykiatrisk sammenhæng.

Der kunne også tænkes en lidt bredere undersøgelse, der forskede i de socialpsykiatriske tilbuds (forskellige) selvforståelser sammenholdt med brugernes grad af tilfredshed, eller opfattelse af 'den gode hjælp'. Det kunne igen koncentreres om de allerede fundne kvaliteter hos Karpatschof og Topor, sammenholdt med tilbudenenes egne opfattelser af graden af faktisk levede udtryk for disse kvaliteter. Der er mig bekendt ikke lavet en sådan forskning.

For det enkelte sindslidende menneske, men også samfundsøkonomisk vigtigt, kunne resultatet af en større tilrettelæggelse af socialpsykiatrien hen imod de her præsenterede ideer, som indirekte antydtes af Karpatschof og Topors undersøgelser, og som vist med Moshers medicinfri og 'faggruppiefri' Soteria-projekt, blive færre hospitalsindlæggelser. En generel implementering af de påpegede kvaliteter ville uden tvivl gøre, at den øvrige psykiatri kunne koncentrere sig om det den er bedst til – at medicinere de, der vitterlig har behov for det.

Kapitel 10. Evaluering

Denne specialeafhandling har nok i virkeligheden bevæget sig fra et oprindeligt ønske om en noget nøgtern udforskning af socialpsykiatriens relationelle betingelser til et projekt om udformningen og prægningen af socialpsykiatrisk teori og praksis hen imod en implementering af person-centrede forholdemåder i socialpsykiatrien.

Som skrevet i forordet, ligger det mig stærkt på sinde at give en basis for en anderledes måde at forholde sig på – en forholdemåde, der synes at finde evidens i forskellige undersøgelser (B. Karpatschof, Topor) og en teoribygning (Rogers), der synes kongruent med den udgave af socialpsykiatri, jeg selv daglig befinder mig i. Det har givet en fornemmelse af 'cirkularitet', hvilket naturligvis ikke har været intentionen fra starten. Jeg har haft et ønske om at introducere PCA som den basisteori, der mangler, hvilket så nok har haft konsekvenser for opgaven, som jeg ikke kunne forudse.

Afhandlingen er således blevet en del mere diskuterende end oprindeligt tænkt. Den kan muligvis også klandres for en lidt ensidig teorivægtning, der fokuserer på fordelene ved en person-centreret forholdemåde, uden egentlige alternative psykologiske basisteorier som modspil. Videnskabeligheden kan derfor i forlængelse heraf diskuteres: har jeg fremlagt en tilstrækkelig nøgtern beskrivelse af de eksisterende betingelser, der er så sufficient, at læseren kan danne sig et realistisk billede af feltet, og har jeg dermed demonstreret en videnskabelighed, der lever op til de universitære krav?

Hvad angår kvaliteten af de universitære krav, må det lægges i andres hænder, og jeg formoder at erkende resultatet af dette på rette tidspunkt.

Mod de andre indvendinger kan på den anden side fremføres to væsentlige argumenter:

- ✚ Socialpsykiatrien har ikke en eksisterende basisteori at disputere mod.
- ✚ Målet har ikke været at skabe ny viden, men at transformere eksisterende viden ind i en ny sammenhæng.

✚ Socialpsykiatrien er uden en egentlig basisteori.

Socialpsykiatrien er ikke forankret i hverken naturvidenskabelig, sociologisk eller humanistisk videnskabstradition, selvom en 'socio-human' forståelsesramme måske kommer nærmest.

Dette betyder, at en substantiel bearbejdning af feltet ikke kan inddrage allerede eksisterende teori, fx. i en mere traditionel komparativ opgavestruktur. Nok er der teori- og metodeovervejelser indenfor feltet, men de er – med Brandts ord – baseret i praktisk teori. Teorien om, 'hvad vi gør' og 'hvordan vi gør det' og 'hvad vi tænker om det vi gør' hører alt sammen med til beskrivelsen om en praktisk teori. Dem findes der masser af – Videnscentrets metodeantologi er et eksempel herpå.

Der findes der imod ingen 'teoretisk teori', ingen almen teori, i forståelsen 'en psykologisk referenceramme, der begriber det helt særegne felt, som socialpsykiatrien udgør'. Den skal først introduceres, hvilket er forsøgt her. Om det er lykkedes må stadig ligge udenfor egne vurderingsrammer. Det var i øvrigt heller ikke det primære mål, men det har det nærmet sig at blive.

Man kan i efterrationaliseringens klare lys spørge sig selv, om det fra starten var et særlig realistisk projekt; at være i stand til at behandle socialpsykiatriens relationsbetingelser, udover en rent deskriptiv fremstilling, uden et veldefineret genstandsfelt? Til et veldefineret psykologisk genstandsfelt hører i det mindste et tydeligt teorigrundlag og det har socialpsykiatrien ikke. Den ene vægtige, empiriske undersøgelse, der er anvendt i denne opgave tilhører et afgrænset område af socialpsykiatrien. Her tænkes på B. Karpatschofs undersøgelse. Den anden vægtige, empiriske undersøgelse, af Topor, understøtter, trods sin omfattende tværgående bredde, de kvaliteter, som B. Karpatschof og Rogers anfører, men definerer af den grund ikke noget egentligt teorigrundlag for hverken psykiatrien eller socialpsykiatrien. Alligevel har disse undersøgelser været så tydelige, at man kan uddrage nogle 'kerne kvaliteter' der har betydning for relationen. Det er imidlertid ikke det samme som at have nogle 'kernebetingelser' for hjælpearbejde generelt, men der har Rogers været til hjælp.

Det har vist sig umuligt at undgå inddragelse af de grundlagsproblemer, der eksisterer i feltet. Grundlagsproblemer, der defineres af den konventionelle psykiatri, og som spiller en ikke uvæsentlig rolle i bestræbelserne om at definere socialpsykiatrisk teori på eget grundlag, løsrevet fra bindingerne af det naturvidenskabelige videnskabsparadigme.

Dette har ført med sig en – indrømmet – noget søgende og diskuterende stil; det er imidlertid ikke sket i fuldt dagslys, men 'i lygternes skær', da socialpsykiatrien endnu er så begrebsligt og teoretisk uunderet. Præmisserne har været sådan og arbejdet kan så siges at have været et forsøg på at illuminere lygternes skær.

Det har ikke været målet at skabe ny viden.

Empirisk har denne afhandling lænet sig stærkt op af allerede eksisterende viden, hvilket har gjort den empiribundet til sammenhænge, der ikke var skabt på egne præmisser, på egne undersøgelser. De empiriske undersøgelser der er anvendt, har støttet den præsenterede grundlagsteori – PCA – i det væsentligste. Måske kunne der findes andre modsatrettede empiriske resultater, men de er ikke mig bekendt.

Ud fra formålet, som formuleret af Formidlingscentret på Københavns Universitet, at et speciale ikke skal producere ny viden, men transformere eksisterende viden ind i en ny sammenhæng, kan man sige, at sammenhængen har været at transformere eksisterende viden (den socialpsykiatriske *praktiske* teori, samt empiri fra B. Karpatschof og Topor) ind i en ny sammenhæng med en *generel* psykologisk teori (Rogers, PCA). Dette er sket på baggrund af ovennævnte pointering af en manglende basisteori. Øvelsen har været at sætte praktisk og generel teori sammen for et praksisfelt, der er karakteriseret af dels en mangel på generel teori og dels en meget uens praktisk teori.

Da socialpsykiatrien ikke arbejder traditionelt terapeutisk, har det ikke givet nogen mening at inddrage psykologiske teorier, der er traditionelt terapeutiske, fx. psykoanalytiske modeller, men måske et systemisk perspektiv, som foreslået af Larsen, et al. (2000), ville have udfordret den person-centrerede forholdemåde bedre. Et reelt alternativ er det dog svært at få øje på i

Larsens præsentation, da den ikke grundlæggende gør op med 'dem og os' tænkningen, og retter sig terapeutisk og teknificeret mod hjælpearbejdet, dvs. mangler autenticitetsbegrebet til fordel for en analytisk tilgang, om end den har fokus på relationen som et vigtigt omdrejningspunkt. Samtidig kunne man, specielt med reference til Topors resultater, have forsvaret at inddrage et systemisk perspektiv, da Topors resultater ser ud til at støtte sammenhængstanken i recovery-processen i en række forskellige omstændigheder, sådan som det systemiske tilgang også anskuer verden. Dog adskiller systemisk tilgang sig ved at være overvejende løsningsfokuseret, og ikke værens-fokuseret. Sådan kunne man blive ved. At diskutere disse to teorier mod hinanden ville imidlertid have givet en helt anden, men ikke mindre interessant, problemstilling og dermed en anden type opgave, der havde været grundlæggende komparativ i stedet for 'eksplorativ', som denne.

Kapitel 11. Abstract

From own practical experiences within the social psychiatry e.g. the support- and contactperson programme and the around-the-clock counselling for the mentally ill and from a number of basic theoretical concepts, a definition of the special relation between user and therapist and the requirements for this relation to evolve is sought.

The thesis sets off with a presentation of the basis of the historical foundation of social psychiatry and a definitory clarification of the goals and values of social psychiatry.

The empirical basis for determining the social psychiatric relation is primarily based on a recent user survey of the "support and contact person"-arrangement in Copenhagen that refers to central qualities with regards to the social psychiatric relation. Besides the user survey, the thesis also includes recent research into "recovery" a process where severely schizophrenic persons that have recovered, evaluate the most important effective elements in the process.

These relational qualities are defined and related to the view of the person-centered approach on the relation's significance pertaining to the conditions of personal growth. Within the same context important conditions for the work of the help-relation is examined, supplemented with deliberations on the special kind of professionalism that is necessary in social psychiatry.

Furthermore literature is included that pertains to both psychiatry and social psychiatry with the purpose of performing a critical review of central treatment related concepts e.g. the concept of clients, the idea of treatment, the diagnosis and the conception of professionalism.

The thesis concludes that the person-centered approach, even with its origins in therapeutic praxis, can be transferred onto the social psychiatric relation and in a generalized form can support the social psychiatry toward a construction of a concept and identity as such; a basic theory where the imprint from the conventional treatment psychiatry terminally can be eliminated and thereby overcome the paradox of social psychiatry as a psychiatry that is not a psychiatry. Furthermore, the difficulties that the non-theoretical activity of social psychiatry imposes on the work of determining the field are stressed.

Finally, suggestions are given as how to overcome the problem of contemporary multiplicity and solitary understanding of the basis of the activity of social psychiatry – for the special social psychiatric relation – where the construction of support systems for the support persons because of non-authentic forms of relations are minimized and replaced by authentic relation qualities as such.

Kapitel 12. Litteratur

Bechgaard, Birgitte, et al., *Forholdet mellem psykologisk og medicinsk behandling af psykiske lidelser*, Hans Reitzels Forlag, 2001.

Brandt, Preben, *Socialpsykiatri – psykiatri på humanistisk grundlag*, Dafolo Forlag, 1996.

Brandt, Preben, *Den sindslidende og de professionelle – et udkast til en samspilsforståelse*, Dafolo Forlag, 2000.

Buber, Martin, *Jeg og Du (1923)*, Hans Reitzels Forlag, 1997, 3. udgave.

Craaford, Clarence, *Udviklende fortrolighed. Tanker om kontaktperson-funktionen*, Hans Reitzels Forlag, 1994.

Cullberg, Johan, *Dynamisk psykiatri*, Hans Reitzels Forlag, 1989, 3.udg., s. 71-114, 237-370.

Denvall & Jacobsen, *Hverdagsbegreber i socialt arbejde*, Hans Reitzels Forlag, 1999.

Deurzen, Emmy van, *Eksistentielle dimensioner i psykoterapi*, Hans Reitzels Forlag, 1999.

Foucault, Michel, *Sindssygdom og psykologi*, Rhodos, 1971.

Gunnarsson, Ragnar & **Gústafsson**, Jónas, *Frigørelse – ikke helbredelse. Demokratisk psykiatri i Italien. Distrikpsykiatri i Danmark*, Tiderne Skifter, 1981.

H:S Direktionen, *Opsøgende psykoseteams i H:S og Københavns Kommune, okt. 2001*, H:S Direktionen, 2001.

Hegland, Tore Jacob, *Sig ordet – socialpsykiatri*, artikel i *Socialpsykiatri*, nr. 1, 1998, Videnscenter for Socialpsykiatri, 1998.

Hougaard, Esben, *Psykoterapi – terapi og forskning*, Dansk Psykologisk Forlag, 1996.

Hummelvoll, Jan Kåre, *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje*, Hans Reitzels Forlag, København 1995, s. 17-91.

Høgsbro, Kjeld, *Den sindslidende og de lokale tilbud – et udkast til en helhedsforståelse*, Dafolo Forlag, 2000.

Ivey, Ivey and Morgan, *Counseling and psychotherapy – a multicultural perspective*, Allyn and Bacon, 1993, 3. udg., s. 21-45, 284-310.

Jensen, Nils, *Verdener til forskel: 8 kapitler om natur, psykiatri og kultur*, Ålborg Universitetsforlag, 1996.

Jones, Maxwell, *Socialpsykiatri i praksis*, Gyldendals Pædagogiske Bibliotek, 1971, s. 26-115, 145-184.

Karpatschof, Benny, *At blive behandlet ordentligt – eller bare blive behandlet – om brugerstyret kontakt i socialpsykiologien og om psykopatologisk reduktionisme*, Psyke og Logos, 2001, nr. 2. 2001.

Karpatschof, Benny, *En evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns kommune*, (Evalueringsrapport til Københavns kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning), 2002, (in press).

- Karpatschof**, Lone, *Fra internering til selvorganisering*, Dansk Psykologisk Forlag, 1980.
- Kelstrup**, Anders, *Galskab, psykiatri, galebevægelse*, Amalie, 1983.
- Laing**, Ronald D., *Det spaltede selv*, Hans Reitzels Forlag, 2001, s. 13-65.
- Larsen**, Henrik Dybvad (red.), *Socialpsykiatri – et systemisk perspektiv*, Munksgaard, 2000, s. 15-23, 167-212.
- Mearns**, Dave og **Thorne**, Brian, *Person-centred therapy today*, Sage Publications, 2000.
- Mosher**, Loren og **Burti**, Lorenzo, *Samfundspsykiatri – en praktisk håndbog*, Hans Reitzels Forlag, 1996.
- Mosher**, Loren, artikel i *Socialpsykiatri*, nr. 2, april 2001, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2001.
- Psykiatrifonden**, *Skizofreni – hvad vi i dag ved om en af de alvorligste sindslidelser*, Psykiatrifondens Forlag, 1997a.
- Psykiatrifonden**, *Depression og depressionsbehandling*, Psykiatrifondens Forlag, 1997b.
- Rogers**, Carl R., *Client-Centered Therapy*, Constable, 1951.
- Rogers**, Carl R., *On becoming a person*, Constable, 1967.
- Rogers**, Carl R., (Kirschenbaum & Henderson, ed.), *The Carl Rogers Reader*, Constable, 1990.
- Rogers & Dymond (eds.)**, *Psychotherapy and personality change*, The University of Chicago Press, 1954.
- Sandin**, Barbro, *Den zebrastribede puddelkerne*, Rosinante, 1986, s. 12-29, 47-61, 75-89.
- Socialministeriet**, *Vejledning om støtte- og kontaktpersonordning for personer med sindslidelser, Lov om social service*, Socialministeriets kontor for handicappede og resourcesvage, af 3. december 2001.
- Spinelli**, Ernesto, *Terapi. Magt og Mystifikation. En afdækkende analyse*, Hans Reitzels Forlag, 1998.
- Topor**, Alain, *Managing Contradictions – recovery from severe mental disorders*, Stockholm University, Akademitryck AB, 2001, s. 37-153, 277-338.
- Topor**, Alain, *At komme sig – et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002a.
- Topor**, Alain, *Vendepunkter – et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse*, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2002b.
- Videnscenter for Socialpsykiatri, VISP**, *Kvalitet i socialpsykiatrien*, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2000a, 2. udgave.
- Videnscenter for Socialpsykiatri, VISP**, (Larsen, Henrik Dybvad, red.), *Når rejsen er målet. Metoder i socialpsykiatrisk praksis. Antologi*, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2000b.
- Willadsen**, Jytte, *Din og min psykiatri*, Lindhart og Ringhof, 1988.
- Yalom**, Irvin D., *Existential psychotherapy*, Basic Books, Harper Collins Publishers, 1980, s. 3-74, 218-460.