



Mot et bevegelig samfunn

Taler

Finn Carling

Omstendigheter

Tale ved Sosialskolens i Trondheim

- 1 I løpet av den siste generasjonen er det dukket opp en ny sort mennesker som
vet mer om vårt sinn, våre handlinger og deres motiver enn hva vi selv gjør, og
fremfor alt vet de så inderlig vel hva som er best for oss. Det er først og fremst
psykiatere, psykologer og sosionomer som tilhører denne nye gruppen, og
5 sammen med de skapende menneskene, som i vårt samfunn blir gjenstand for
en spesiell form for dyrkning, er de med på å danne en elite.

- Både psykiatere, psykologer og sosionomer er fagfolk som i videste forstand
behandler sine medmennesker, og utgangspunktet for denne virksomheten kan
10 illustreres ved å bruke det brukkede ben som modell. Ingen er nevneverdig i tvil
om at et brukket ben bør helbredes, for såvidt som det neppe foreligger noen
uenighet om at et helt ben er bedre enn et som er brukket. All legegjerning
bygger i prinsipp på denne enkle modellen, og selv etter at behandlingstanken
har spredt seg til områder som psykiatri, psykologi og sosialmedisin, er det
15 fremdeles prinsippet med det brukkede ben som ligger til grunn for
virksomheten.

- Men problemene innen disse områdene er langt mer kompliserte enn brukkede
ben, og dersom man tenker seg om, er det ikke til å unngå at man blir stilt
20 overfor en rekke spørsmål av betydning for en eventuell behandling. Det kan for
eksempel bli nødvendig å svare på spørsmålet om hva som er forskjellen mellom
en terapeut og en pasient. Under en forelesning for medisinerne spurte jeg da
også studentene om dette, og etter en stund fikk jeg et elskverdig, men noe
oppgitt svar:

25

- Den ene er jo givende og den andre mottagende, sa studenten, og jeg føler
ingen trang til å bebreide ham hans merkbare irritasjon over den håpløst naive

foreleser, da jeg spurte: Hvem?

30

Det er imidlertid ingen opplagt sak at terapeuten alltid er den givende. Tradisjonelt er han riktignok det, men sett fra en annen synsvinkel kan man for eksempel hevde at pasienten gir i den forstand at han åpner seg for terapeuten, at han i menneskelig henseende er den givende i forholdet, og at han dessuten
35 gir terapeuten en følelse av betydning og berettiger hans eksistens. All den stund behandleren i vårt samfunn utvilsomt har en høyere status enn hva den behandlede har, kan man også si at pasienten gir sin terapeut en opplevelse av sosial overlegenhet. Med all mulig respekt for den behandling som ydes ved for eksempel våre vanlige psykiatriske klinikker, ville jeg ikke holde det for
40 usannsynlig at terapeutene får vel så meget som pasientene, og jeg tror i hvert fall det er meget vanskelig å avgjøre hvem av partene i forholdet som er den mest givende.

I og med dette har jeg også gitt en del av svaret på et annet viktig spørsmål, nemlig hvilke motiver som kan ligge til grunn for behandling. Nå må ingen misforstå meg og tro at jeg tviler på eksistensen av den hederlige terapeut, for jeg føler meg overbevist om at behandling stort sett skjer ut fra de mest hederlige motiver, men jeg tror at man har tendens til å forenkle forholdet. Først og fremst lukker man øynene for terapeutens utbytte av behandlingen, at han -
50 som jeg allerede har nevnt - kan få menneskelig åpenhet, eksistensberettigelse og status i behandlingssituasjonen, og dessuten har jo behandleren makt.

Det lyder kanskje urettferdig å si at terapeuten har makt, men det er ikke ment som noen beskyldning, for selv om vi alle har truffet behandlere som kan sies
55 direkte å anvende makt, vet vi at det hører til sjeldenhetene. Nei, det simpelthen bare er slik, og man skal ikke ha vært lenge på et sykehus eller en annen behandlingssituasjon for å oppdage hvem som har makten, behandlerne eller de behandlede.

60 De fleste av oss anser det for helt rimelig at terapeuten har makt, for han vet jo hva som er best for pasienten, og enkelte pasienter skjønner ikke sitt eget beste. Det er selvfølgelig riktig at både psykiateren, psykologen, sosionomen og andre som deltar i behandlingen har større kunnskap om sitt område av den enn hva nær sagt noen pasient kan ha, og enkelte pasienter forstår sikkert ikke sitt eget
65 beste, og allikevel betyr godtagelsen av dette maktforholdet at man ikke har klart å løsrive seg fra den enkle behandlingsmodellen med det brukkede benet. Denne

modellen fungerer utmerket så lenge det dreier seg om tilstander som man kan sammenligne med et brukket ben, men i en rekke andre tilfeller - da særlig psykiatriske og hva man kan kalle sosialmedisinske - virker den forførende og kan lede til uheldige forenklinger av situasjonen.

Vanligvis blir behandlerens makt berettiget av overbevisningen om at han vet best. Han vet hva som er friskt og hva som er sykt, hva som er normalt og hva som er unormalt, og man er sikker på at dette er en viten som er fullstendig hevet over moral, politikk og andre foranderlige forhold. Det er imidlertid ikke så lenge siden man mente at forskjellige former for seksuell adferd - som for eksempel onani - var medisinsk skadelige og derfor ble frarådet og «behandlet» av medisinske grunner mens man nå er av den oppfatning at det dreide seg om moralsk fordømmelse. Behandlerens anvendelse av makt førte her mange ganger til grov misbruk, og misbruket ble foretatt i medisinsens navn.

I dag er det kanskje vanskelig å finne så uhyggelige eksempler på sammenblanding av moral og medisin, skjønt det er jo ikke lett å si hva eftertiden vil mene om vår holdning til seksuelle avvikere, narkomane, alkoholikere og sinnslidende. Mer fruktbart er det muligens å snu på det og spørre om hvilke normer og idealer som blir brutt av for eksempel den vanføre - for nå å velge et moralsk sett tilsynelatende uprovoserende tilfelle. For det første bryter naturligvis den vanføre med vårt fysiske sunnhetsideal, og dertil vil han - og kanskje særlig hun - gjerne avvike fra skjønnhetsidealet hva utseende og bevegelser angår. Dessuten vil den vanføre vanskelig tilfredsstille våre normer med hensyn til effektivitet og innsats i samfunnet, samtidig vil han - og igjen kanskje særlig hun - lett bryte med våre idealer når det gjelder kjønnsroller, og dermed nærmer man seg om ikke nettopp moral, så i hvert fall høyst foranderlige begreper.

Selv en så nøktern, fysisk lidelse som vanførhet berøres med andre ord av våre verdinormer. Ja, man kan til og med si at verdinormene kan skape en større opplevelse av handicap enn hva som forårsakes av den rent fysiske mangel. En ødelagt arm, som i praksis ikke fører til særlig store vanskeligheter, kan på grunn av verdinormene føles som et stort handicap, og selv en bare såvidt synlig deformitet vil gjøre at et menneske blir definert som vanfør, omtrent som når man i USA blir oppfattet som neger selv om man for eksempel bare er en åttendedel farvet. Vårt sunnhetsideal, som omfatter velskapthet, friskhet og egentlig også problemfrihet, er kanskje ikke så objektivt, så hevet over normer og

idealer, som man gjerne vil tro.

Behandlerens makt, hans selvfølgeligelige rett til å bestemme, bygger imidlertid
110 blant annet på sunnhetsidealets udiskuterbare objektivitet. Det vil si, det er slik
man tradisjonelt ser det, og det er først når man begynner å tvile på
objektiviteten at man også setter spørsmålstegn ved behandlerens rett til å
bestemme. Dersom det er så at behandlerens vurdering av pasientens situasjon
er påvirket av idealer og subjektive verdinormer, hvilken rett kan han da ha til å
115 definere pasienten som objektivt sett avvikende og til å bestemme - mer eller
mindre direkte - over behandlingen?

Men, vil mange sikkert innvende, det er da ingen behandler som på denne
måten bestemmer over sine pasienter. Å la seg behandle er da en frivillig sak. Det
120 kommer an på hvordan man ser det, for riktignok er det utvilsomt meget få
terapeuter som direkte påtvinger pasienter en behandling, men det er sikkert
mange som anbefaler bhandling ut fra en «objektiv» vurdering av situasjonen,
og det kan være vanskelig å skille mellom en «objektiv» anbefaling og en
bestemmelse. Selvfølgelig skjer det i den aller beste tro, og dreier det seg om et
125 brukket ben, vil vel de fleste være enige om at det er riktig, men saken kan stille
seg anderledes dersom det gjelder for eksempel en alkoholisme eller for den saks
skyld en form for vanførhet, der verdinormer spiller inn. Behandlingen vil da
ikke bare motiveres av hva som «objektivt» sett er riktig for pasienten, men vil
kanskje i like høy grad bli bestemt av samfunnets normer og idealer, og
130 terapeutens råd og oppfordring til å la seg behandle vil da lett kunne få karakter
av press og bestemmelse.

Dessuten vil behandlerens tilsynelatende objektive holdning kunne objektivisere
normene og idealene, slik at pasienten får en økt følelse av svikt og mindreverd,
135 noe jeg for en tid siden opplevde et bevegende eksempel på. Jeg var på besøk i et
hjem der det var en liten gutt med cerebral parese, og jeg merket at han ble sterkt
uroelig ved synet av meg, som også har denne formen for vanførhet. Etterpå
fortalte man meg at gutten ikke hadde kunnet slippe tanken på at en voksen
mann også hadde vært «slik», for på sykehus og andre institusjoner hadde
140 behandlerne sagt at dersom han bare lot seg behandle, ville han nok bli bra, da
ville han ikke behøve å være «slik» som voksen. Behandlingskravet - som
selvfølgelig sprang ut av de hederligste motiver - hadde gitt gutten en klar
forestilling om at det objektivt sett absolutt ikke var akseptabelt å ha cerebral
parese, at man i hvert fall ikke måtte ha det som voksen, og at man derfor av alle

krefter måtte forsøke å få bukt med tilstanden.

Nå betyr ikke dette at jeg ikke vil at man skal behandle barn, for av egen erfaring vet jeg at virkningene av for eksempel en cerebral parese bør reduseres mest
150 mulig, men jeg vet også at behandlingspresset må balanseres ut fra hensynet til egenverd på tross av en sykdom, ja, at følelsen av egenverd kanskje er viktigere enn det å bli kvitt enkelte symptomer, og at man hele tiden må være på det rene med hvorfor man behandler. Man må være klar over at i den grad en behandling
155 motiveres av samfunnets normer og idealer, vil man ikke bare stadfeste og objektivisere dem, men også faktisk nedvurdere og dermed nedverdige pasienten.

Behandlingen berører imidlertid ikke bare pasienten, for som tidligere antydnet virker den også på terapeuten, som ved hjelp av behandlingen ikke bare får
160 berettiget sin virksomhet som terapeut, men dertil får innarbeidet i seg en tro på den objektive verdi av våre nåværende normer og idealer. Med eller mot sin vilje kan behandleren derfor meget fort bli et normbevarende og konservativt element i samfunnet, og hans virksomhet kan dermed også føre til ensartethet og intoleranse overfor menneskelige avvik. På denne måten er også behandleren
165 i aller høyeste grad med på å forme det samfunn som omgir oss, og er altså slett ikke noen utenforstående, nøytral og objektiv instans.

Tradisjonelt er trygghet en tilstand som verdsettes meget høyt, kanskje høyere enn noe annet i vår tilværelse, og hele vårt normsystem blir for en stor del
170 bestemt av det. Nå vil jeg ikke underkjenne behovet for trygghet, men jeg vil gjerne minne om at arbeidet for å skape trygghet lett fører til stive systemer, stagnasjon og manglende opplevelse. Selv de revolusjonære i vår tid er åpenbart mer opptatt av å finne frem til et nytt trygghetsskapende system enn av den bevegelse som forandring også innebærer. Man kan muligens si at forandring
175 og bevegelse i seg selv er angstskapende, og allikevel ser jeg på forandring og bevegelse som kjennetegn på liv. Av den grunn føler jeg meg overbevist om at man kan snakke om et behov for forandring og bevegelse, og jeg tror at dette behovet er sterkt underkjent i vårt samfunn.

180 Det motsetningsfylte vekselspillet mellom trygghet og bevegelse preger hele vår tilværelse - både samfunnet og vårt sinn, og vi må alle velge hvilken hovedtendens vi mener bør være den dominerende. Selv er jeg ikke i tvil om at bevegelse og forandring er så sterkt knyttet til selve livsprosessen, så nødvendig

185 for det enkelte menneskes opplevelse av det å leve, at behovet for bevegelse ikke må settes til side. Med bevegeligheten følger også en større uensartethet, blant annet fordi normer og idealer ikke får den samme permanente karakter som de får i et samfunn som vurderer trygghet høyere enn bevegelse.

190 Behandlerne, da særlig psykiaterne, psykologene og sosionomene, har i denne sammenheng en meget stor betydning, fordi de - som nevnt - har et arbeide som lett objektiviserer og konserverer normer og idealer, og som av mange oppfattes som en trygghetsskapende, tilpassende virksomhet. Med dette mener jeg

195 naturligvis ikke at behandlerne skal nedlegge sin virksomhet, men bare at de må bli seg bevisst behandlingsprosessens fulle betydning for både pasient, terapeut og samfunnet som helhet. De må også bli klar over at de gjennom behandlingen ikke bare kan bli redskaper for krefter i samfunnet, men også kan påvirke og bestemme over pasienten langt utover det området man vanligvis vil kalle terapiens; at ingen terapeut egentlig kan sies å være nøytral. En erkjennelse av

200 dette ville kunne bidra til å skape en rimeligere balanse mellom behandleren og den behandlede.

Opp gjennom historien har sikkert en uendelighet av mennesker stått frem og sagt at man nå står nærmere avgrunnen enn noen gang før, og jeg vil derfor ikke

205 gjøre det samme. Jeg vil bare be om at man husker på alle de vanskelighetene som vi nå står overfor -fra overbefolkning til hungerkriser, fra forurensningsproblemer til muligheten for anvendelse av kjernefysiske, bakteriologiske og kjemiske våpen. Hvor nær vi står avgrunnen må hver enkelt av oss forsøke å vurdere i forhold til hva vi kan make å sette inn i kampen for å

210 få løst vanskelighetene. Det må vi også gjøre på hver vår måte, alle kan ikke delta i fredskorps eller gå inn i aktivt politisk arbeide, og dessuten er det ikke så lett å avgjøre hvor man kan gjøre den beste innsatsen - i et klasseværelse, på en behandlingsinstitusjon eller på Stortingets talerstol. Det vesentligste er vel at man ikke tror at man i kraft av et bestemt yrke vet hva som er det beste for andre

215 mennesker, vet hva som er objektivt riktig, men er i stand til å påta seg ansvaret for - og erkjenne foranderligheten av - egne verdinormer og idealer.

Kilde

Finn Carling: Forpliktelser. Utvalgte artikler og foredrag. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1980, s. 137-143.

220

Emner

Foredrag, Fremtiden, Psykisk helse, Psykisk utviklingshemmede

URI

<https://www.virksommeord.no/tale/mot-et-bevegelig-samfunn>

225

230

235

240

245

250

255

260