

Af Peter Damgaard-Hansen, aut. psykolog, *Integreret Psykologi*

Psykiatrien er i en krise, hvor de problemer, den er sat til at løse – de psykiske lidelser – er ved at vokse fagkundskaben og alle os andre over hovedet. Dagspressen byder næsten dagligt på lange artikler om, hvor slemt det står til.

Voldshandlinger og suicidale reaktioner hører vi oftere om. Vi får flere og flere mennesker, der vantrives, og selvom der konstant opdages nye terapiformer, opfindes flere og flere nye diagnoser; selvom vi har gang i en eksplosiv udvikling af nye psykofarmakapræparater, der flittigt bruges af de fortvivlede sygdomsramte, får vi ikke færre mennesker med problemer, snarere flere. Det kan vel ikke være helt hen i vejret at spekulere på, om der kunne være noget fundamentalt galt i forståelsen af problematikken? At der er noget her, der er ude af trit med virkeligheden? Jeg vil i hvert fald gerne vove den opfattelse, at problemets kerne måske er en begrebsforvirring af beklagelige dimensioner.

Eksempelvis mener jeg ikke, at depression bør anskues som en "lidelse" – jeg finder det mere korrekt at sige, at den er udtryk for et *tab af evnen* til at lide. Hvis vi i mødet med den depressionsramte kigger bag om symptomer og diagnoser og leder længe og dybt nok, kommer vi på sporet af dybe sjælesmerter, der er *ulidelige*, og som derfor hele tiden prøver at unddrage sig opmærksomheden, eller "lyset", og derfor i selvforsvar spreder et "mørke" i personens indre.

Men det er ikke mørket, der er kerneproblemet. Det er den massive undvigelse af smerten, der nødvendiggør mørket, og dermed skaber det problem, vi kalder depressionen.

At være menneske rummer lige fra fødslen mange smertefulde oplevelser. De fleste af disse forløses aldrig helt, fordi de ignoreres og undertrykkes af omgivelserne, der sjældent tager dem alvorligt nok (efter devisen: det er jo kun et barn, der vræler, og det er glemt om lidt eller i morgen). Når den ophobede smerte når over en vis tærskel, bliver smerten *ulidelig*, og da slukkes der fornuftigt nok automatisk for føleknappen. Fordelen ved dette er, at man ikke længere kan føle smerten – men prisen er til gengæld, at man heller ikke kan føle mange andre ting, fx glæde ved livet; og så svinder lysten til at leve naturligvis også ind. Men den pris er man villig til at betale for at undgå at opleve en dybere smerte, der anes vildt skræmmende og ulidelig, og som man frygter kunne få en til at gå i opløsning. Det giver da god mening – og det tror jeg, hvem som helst nok ville gøre i samme situation. Det er ikke spor "sygt". Depressionen har en meningsfuld funktion, ellers ville den jo ikke være der – det kan næsten ikke være mere enkelt.

Men i det omfang man kan assistere den depressionsramte i at identificere den bagvedliggende smerte og bistå i forløsende udtryk og gennemlevelse af denne, letter depressionen, da der ikke er så meget brug for den længere.

Ikke at turde føle sin kernesmerter og i stedet føle sig tom, mørk, ja måske som en "levende død", som altså opfattes som en sygdom, har sin helt egen pine, som jeg i mangel af bedre vil kalde *elendighed* (misery), en tilstand, som jeg begrebsmæssigt adskiller skarpt fra "lidelse". Denne sammenblanding af begreberne lidelse og sygdom, som har hersket i det kliniske regi i mange år, har efter min mening blokeret psykiatriens muligheder for en progressiv tilgang til problemerne, der kan gøre noget mere drastisk ved dem.

Ved at dele lidelsesbegrebet op i to aspekter, lidelse (suffering) og elendighed (misery), som de fleste klinikere, jeg kender, ikke skelner imellem, men opfatter som et og det samme, får vi et lidt mere nuanceret begrebsapparat, der kan hjælpe os med at navigere i et meget komplekst og følsomt sjælsunivers.

Det er altså ikke den sjælelige smerte, der giver det sygdomslignende problem, men modstanden mod den.

Depressionen bør anskues som en tilstand af *elendighed*, som det giver god mening at hjælpe folk ud af hurtigst muligt, for den er meget pinagtig. Og det kan man så som nævnt effektivt og meningsfuldt gøre ved at hjælpe dem i kontakt med den bagvedliggende smerte, altså lidelsen, og støtte dem igennem denne meget vanskelige “korsvandring”, som de ifølge sagens natur nok allerede gennem mange år hidtil har forsøgt at undgå og nu med depressionen gør et sidste desperat forsøg på at “spalte” sig væk fra. Men at medicinere sig ud af problemet er at bevæge sig i den forkerte retning, fordi man dermed blot prøver at undvige eller lægge låg på elendigheden, der allerede er et låg på lidelsen.

Medicineringen kan muligvis skabe en forbigående distraktion, der opleves som lindring – og uheldigvis som “behandling”. Dybest set bliver det en ny måde at flygte fra problemet på, der bliver ved med at ulme under overfladen, og vi får en værre depression – eller andre “lidelser” – senere hen, medmindre man bliver ved med at optrappe dulmeriet, hvilket som oftest er den mest nærliggende medicinske løsning. Og bliver vi ved med det længe nok, risikerer vi til sidst at få en ynkelig skæbne på invalidepension.

Den smertefobiske kultur

Jeg tror, at en stærkt medvirkende årsag til at den traditionelle mangelfulde psykiatriske tilgang til psykiske lidelser har fået så stor magt i vores samfund er, at vi lever i en smertefobisk kultur, der lever højt på en regulær “massehypnotisk” fortrængning af den simple, men ubehagelige kendsgerning, at menneskelig lidelse ikke alene er et uundgåeligt fænomen, men et regelmæssigt tilbagevendende fænomen i det helt normale menneskelige liv. Vi taler i virkeligheden slet ikke om et medicinsk problem, men om et eksistentielt vilkår. Og vi taler i den forbindelse om følelsesmæssige, psykiske og eksistentielle smerter af en intensitet, der kan friste hvem som helst til at krybe udenom, og man tager gerne en diagnose, eller to (eller tre) med i købet, hvis det kan dulme og give én det håb, at eksperterne har styr på det.

Disse smerter er som nævnt noget, alle oplever, eller kommer tæt nok på til at vide, at de eksisterer, men oftest ikke så gerne taler om, da der er megen skam knyttet til at være mislykket i forhold til det lykke-ideal, der stråler os i møde fra magasinhyldernes forsider med smukke, smilende og leende mennesker, som åbenbart er kommet i mål. Resultatet er, at de fleste tror, at de andre har det godt, og at man selv er lidt af en fiasko – eller er godt på vej til at blive det, hvis man ikke stresser derudad for at undgå det. Eksempelvis har jeg set mange klienter, der blev *meget* deprimerede, fordi de var *lidt* deprimerede...

Når menneskets sjælesmerter er så uønskede, som de er, og så forstyrrende for velfærdsstatens idealiserede selvforståelse, er det fristende nærliggende at definere dem som *sygdomme*. Det er en genial manøvre, for nu kan disse besværlige tilstande henvises til behandling i *medicinsk* regi i psykiatrien. Og velfærdsstaten kan fortsat bevare sin illusion om, at borgernes lykke kan reddes og garanteres af eksperterne.

Uheldigvis har psykiatrien ingen kompetence, endsige interesse, i fænomenet lidelse. I medicinsk regi behandler man kun *sygdomme* og selvfølgelig med medicin. Sygdom, medicinering og indlæggelse på sygehus er ganske enkelt begreber, der uadskilleligt er klistret sammen.

Men det er her, kæden hopper af – at kalde menneskelig smerte for sygdom er i min optik ét af det sidste århundredes mest fatale fejltrin og den dybeste årsag til psykiatriens problem. Disse mennesker *lider*, ja for søren da, de bærer på så megen smerte, at de har svært ved at fungere hensigtsmæssigt og tænke klart. Men de er ikke *syge*! At lide er ikke det samme som at være syg. At kalde mennesker for syge og få dem til at tro, at de er det, når de ikke er det, har uhyggelige konsekvenser. Hvis tilgangen i udgangspunktet bygger på et fejl-paradigme, så vil alt det, man bygger oven på, ikke hænge sammen. Det vil skade mere, end det gavner, og mislykkes.

Udtrykket *sindslidelse* har i sin oprindelige udgave fat i noget af det rigtige. Men da denne betegnelse har fået en umiskendelig klang af sindssyge, mener jeg, det er blevet stærkt misvisende og bør erstattes af noget nyt og bedre.

Vi skal til at tale om lidelse i betydningen sjælesmerter (suffering) i stedet for; afklare, hvad det betyder, og forstå, hvordan vi møder det i praksis. Lad os først se på, hvad det ikke betyder:

Den almindelige opfattelse er, at mennesker med de såkaldte sindslidelser lider, fordi de har været så uheldige at få en psykisk sygdom, lidt på samme måde, som man kan være uheldig og få en lungebetændelse og have det rigtig dårligt. På baggrund af de erfaringer, jeg har gjort mig i min mere end 40-årige kliniske praksis, mener jeg det forholder sig omvendt: disse mennesker har udviklet en psykisk forstyrrelse, fordi de lider en smerte, der har nået det punkt, hvor den bliver *ulidelig*, i ordets bogstaveligste forstand. Og så må krop-psyke forsvaret gå i gang med at udvikle en masse krumspring og psykiske mærkværdigheder, negative tankesæt, høren-stemmer, depression, OCD, spiseforstyrrelser eller hvad, det nu kan være, i forsøget på at konstruere en pseudo-virkelighed, der kan hjælpe med at distrahere fra og dæmpe op for smerten.

Man kan jo også skære i sig selv, for det er lettere at forholde sig til en konkret legemlig smerte end en diffus ukonkret gennemgribende sjælesmerte. Eller man kan gøre andre ondt og prøve at lægge sin smerte derover. Hvad man vælger, afhænger selvfølgelig af en lang række idiosynkratiske faktorer.

Overfokusering på disse forviklinger i sindet, stærkt støttet af psykiatrien, har som antydning den gevinst, at man kan holde opmærksomheden borte fra de dybere lag i selvet, hvor smerten sidder, og det kan give midlertidig lettelse og håb om helt at slippe af med smerten. Man kan let som behandler på mange måder utilsigtet hjælpe klienten med at bygge nye forsvarssystemer op, som giver lidt lettelse.

Mulighederne for smerteundvigelse er legio, og psykiatrien står interessant nok parat hvert år med talrige nye forslag til nye diagnostiske kategorier, der sygeliggør endnu flere (normale) mennesker og giver dem den falske forestilling, at eksperterne ved, hvad der er galt med dem, og at de kan blive normale ved at tage medicin – til stor glæde for medicinalindustrien, som tjener imponerende summer på denne udvikling.

Men så længe den dybe smerte ikke er erkendt og lægt, vil personen være nødt til at holde fast i sin sygdom på den ene eller anden måde eller udvikle en ny for at beskytte sig.

Til trods for disse forsøg på at undgå smerten, er der imidlertid også i mennesket en drivkraft, der ønsker, at smerten skal bevidstgøres, rummes, opleves, udlevs og integreres, for at vi kan blive hele mennesker. Der er en længsel efter at blive autentisk, ægte. For at nå derhen er vi derfor hele tiden nødt til at gennemskue sindets flugtmåner, for længslen efter at blive hele mennesker, der føler os hjemme i os selv, og ikke spaltede, forstummer aldrig.

Genetablering af den tabte værdighed

Når vi begynder at anskue de besynderlige sygdomsbilleder, vi møder i det kliniske domænes talrige diagnosekategorier, ud fra det foreslåede paradigme, er der mange brikker, der falder på plads. Den nye forståelse gør det faktisk muligt at opnå en værdig kontakt med den lidende, ofte endog meget hurtigt. Sygdomsetiketten, eller diagnosen, som patienten nødtvungent og måske endda med et vist håb har accepteret, cementerer uvilkårligt sygdomsidentiteten, hvilket jeg mener blot forværrer tilstanden for mange.

Der er ikke mange, der inderst inde har det godt med at være syg i *sindet*. Man kan sagtens være syg i maven, tarmene eller nyrerne og blive hospitalsindlagt med sin sygdom og samtidig bevare sin menneskelige værdighed på en helt anden måde end ved sindslidelser og indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Og selv om der i psykiatrisk regi jævnligt føres en enorm propaganda for at gøre det "normalt" at være sindslidende, så kan jeg ikke se, at det nogen sinde kan lykkes. Den er lidt for tyk – det vil aldrig lykkes at bilde folk ind, at det, man mener er sygt, altså unormalt, er normalt.

Jeg har i min karriere oplevet igen og igen, at i det øjeblik jeg kan se og “mærke” min klients eksistentielle smerte, kan jeg med en spontan autoritet påpege, at han eller hun slet ikke er syg, blot helt ufattelig ulykkelig. Og det har en iøjnefaldende effekt. Det er ikke noget, jeg gør som en terapeutisk teknik; det er mere en konstatering af et sandfærdigt forhold, som pludselig bliver tydeligt for mig. Mange klienter udbryder spontant “jeg vidste det”, men havde ikke turdet tro på det, før en “hvidkitlet” autoritet kunne bekræfte det på en saglig måde. Andre bryder ud i gråd – af ren og skær bevægelse og lettelse over at være blevet mødt som et normalt medmenneske. Dette betyder ikke, at alle problemer og adfærdsforstyrrelser mirakuløst er forsvundet, men der er sket et kvantespring i klientens selvforståelse i en markant positiv retning. Den uundværlige værdighed som et “normalt, godt” menneske er genetableret, hvilket letter og accelererer det efterfølgende helingsarbejde betydeligt. Når klienten forstår, at selv meget dybe sjælesmerter ikke er symptomer på alvorlig sindssyge, men udelukkende handler om normale, uundgåelige, tilstande ved det menneskelige eksistensvilkår, bliver det mere “trygt” at udforske disse sammen med terapeuten. Smerterne “af-tabuiseres” og ved dernæst at bearbejde dem kognitivt og gennemleve dem på både det psykiske og kropslige plan, forløber helbredelsen hurtigere og går dybere.

Diagnosens falske trøst

At mange mennesker føler en vis lettelse ved at få en diagnose og ivrigt holder fast i den med næb og klør er et helt kapitel for sig. Jeg har stor sympati og forståelse for denne gruppe, for det drejer sig om mennesker, der ikke tror, at den smerte, de bærer på, kan udholdes af nogen. Og så er det klogt at forsvare sig mod den med hvad som helst, man nu kan få fat i. Og en diagnose givet af eksperten giver den syge en oplevelse af, at man har fundet ud af, hvad der er galt med vedkommende. Dette holder dog ikke, for der er ingen forklaringsværdi i diagnoserne. At kalde en tilstand en depression er blot at give et fint klinisk navn til noget, man ikke rigtig ved, hvad er. Grammatikalsk substantiverer man en dynamisk tilstand, der gør den til noget, man “har”, ligesom man kan have en kræftsvulst. Men at være deprimeret er en dynamisk tilstand, der holdes i gang af fastlåste intrapsykeiske dynamikker, der skal kortlægges og omstruktureres.

At opleve sin depression som en sygdomstilstand med et læge-godkendt navn gør en ansvarsfri over for fænomenet. Den bliver noget, man ikke har indflydelse på; man skal bare tage nogle piller, der kurerer det hele, eller lade sig indlægge eller gå regelmæssigt til psykiateren. Det føles måske umiddelbart godt, men forstærker offer-mentaliteten, der i forvejen er en kerneproblematik i dybet af den sindslidendes univers. Denne deaktivering af klientens eget ansvar og muligheder for at gøre et personligt arbejde med sin helbredelse er at gøre vedkommende en bjørnetjeneste, for vi vokser ved at opleve, at vi har ansvar og medindflydelse på den måde, vi forvalter vores tilværelse og selvforståelse på.

Psykiaterens problem

I udsendelsen *Ramt af mørket* på P1 kan man høre overlæge og professor i klinisk psykiatri Poul Videbeck udtale sig om udfordringen ved at stille en psykiatrisk diagnose. Han bliver spurgt, om ikke det er svært at stille diagnosen, og så svarer han: Jo mere, jeg har beskæftiget mig med det – jo vanskeligere bliver det.

Dette er yderst interessant, nærmest ironisk. Lægevidenskaben som sådan udmærker sig jo ellers ved at blive bedre og bedre i stand til med stor præcision at identificere og navngive diverse fysiske sygdomme. Når nu selv garvede eksperter finder det mere og mere vanskeligt at overføre denne sygdomsmodel til det psykiatriske klientel, så kunne det måske være fordi, vi har med noget helt andet end “sygdomme” at gøre? Det er sådanne ting der bekræfter min opfattelse, at der skal et helt nyt paradigme til, der handler om, at de psykisk belastede mennesker ikke er syge, men nogen, der tumler med eksistentielle lidelsesudfordringer som vi alle – os behandlere ikke mindst – bærer i bagagen. Forskellen mellem behandlere og patienter synes mere og mere blot at handle om, at vi behandlere måske er bedre til at holde vores egen smerte på afstand, bl.a. fordi vi er så travlt optagede af at beskæftige os med andre menneskers lidelse, at der ikke bliver tid tilovers til den skræmmende selvfordybelse. Som jeg allerede har sagt, så er der mange besnærende måder at prøve at undgå at se sit eget kors i øjnene på.

Lidelse er ikke bare lidelse. Der er mange grader og intensiteter og jo dybere, vi kommer, des vanskeligere bliver det at udholde den, og des stærkere og mere raffinerede er de forsvarsmekanismer, der dukker op. De såkaldt psykiske sygdomme er nogen af de mest raffinerede forsvarsmekanismer, man kan tænke sig, som synes at have formået at lede en hel profession på vildspor i en menneskealder i den tro, at man er ved at løse gåden.

Hvis menneskelig lidelse er uundgåelig, og vi godtager psykiatriens definition af menneskelig lidelse som sygdom, så har psykiatrien i et snuptag formået at præsentere en konstatering, der indebærer, at alle mennesker er sindssyge. Og mange ting tyder faktisk på, at psykiatrien bevæger sig i den retning med hasteskridt. Vi får som nævnt hvert år nye diagnostiske kategorier for sindstilstande eller følelser, som vi hidtil har anset for almindelige og menneskelige. Sorg for eksempel, er nu også en sindslidelse, der skal "behandles". Det er en farlig, og absurd, udvikling.

Men hvis lidelse ikke er sygdom, hvor kommer den så fra? Det kan og bør der siges meget om, men af pladshensyn er jeg nødt til at gøre det kort med den næsten uundgåelige risiko for at komme til at overforenkle problematikken. Men, altså, kort fortalt:

Lidelsen har i min optik i stort omfang rødder i en oplevelse af kærlighedstab knyttet til en oplevet udelukkelse fra et livsvigtigt fællesskab eller fra en enkelt meget vigtig relation. Lidelsen har altid en relationel dimension. For vi fødes med et behov for en kærlighed og en tilknytning til et fællesskab (med mindst et andet menneske), som det desværre ikke er menneskeligt muligt at få opfyldt til fulde, nonstop. Lige fra fødslen – som for mange i sig selv kan være det første store og traumatiske tab af en utrolig intim kontakt med et andet menneske (moderen), vil et almindeligt barndomsforløb for de fleste indebære talrige situationer, hvor barnet eller den unge føler sig glemt, ignoreret, ubetydelig, ikke god nok osv. selv i de bedste familier.

I de tidlige år er vi ekstremt sårbare, og disse kærlighedstab og udelukkelser er ekstremt smertefulde, hvilket måske forklarer, hvorfor små børn ofte græder så meget, og det endda rigtig hjerteskrærende, hvis man tør lytte opmærksomt til det.

I puberteten kommer der en ny runde med sårbarhed og stort behov for anerkendelse og af at høre til i fællesskabet med jævnaldrende. Der er fokus på at være noget særligt, at blive bemærket, at se rigtig ud, etc. etc., og hvis dette ikke lykkes helt (hvad det sjældent gør), lægges der flere lag oven i al den smerte, der allerede ligger i bagagen fra den tidlige alder. Og når smerten som nævnt når over en bestemt tærskel, hvor den er ulidelig, begynder de psykiske forstyrrelser at indfinde sig i et forsøg på at dæmme op for smerten. Men disse lidet velsete psykiske handicaps forstærker blot skam og mindreværd yderligere og gør, at den unge risikerer at blive endnu mere marginaliseret. For det er jo ikke "in" at have det dårligt, at være usikker og ked af det og da slet ikke at græde, for så er man "tudegrim" (et i øvrigt meget interessant udtryk). Og så bliver man ked af at være ked af det -eller deprimeret, fordi man er deprimeret. Og så er man for alvor låst fast i en selvforstærkende nedadgående spiral. Og man er parat til at gøre næsten hvad som helst for at finde noget, der kan dulme.

Skal vi afhjælpe disse "sindslidelser", der breder sig som epidemier, er det oplagt, at vi ikke skal se dem som psykiske sygdomme, der skal kureres, men som udtryk for sjælesmerter, der skal mødes og rummes. En sådan inkluderende tilgang er allerede i udgangspunktet en modgift mod isolationsoplevelsen. Allerede Søren Kirkegaard var opmærksom på det nærmest selvindlysende logiske i denne tilgang, da han sagde: "Hvis vi skal hjælpe et medmenneske, må vi først gå hen, hvor dette menneske er." Disse mennesker skal have lov til i et trygt miljø at føle de smerter, de har prøvet at undgå – og som de fleste andre, uden tvivl i den bedste hensigt, men desværre totalt misforstået, ivrigt har været med til at hjælpe dem med at undgå.

Behandleren

Det fremgår forhåbentlig af denne tankegang, at behandleren må have et rimeligt fortroligt forhold til sin egen sjælesmerte, ellers kan vedkommende ikke gå ind i smertensrummet med klienten. Det er ikke nok, at personalet på de psykiatriske afdelinger er flinke og omsorgsfulde. Der må også være en helt særlig evne, eller vilje, til at tåle de lidelsesfrekvenser, de såkaldt sindssyge mennesker opererer på. Kan man ikke møde dem her, er der stor fare for, at man forstærker deres oplevelse af at være udelukket fra det forstående fællesskab, de hungrer efter at møde, og så bliver smerten – og dermed “sygdommen” – blot værre. Og så kan vi få nogle meget alvorlige reaktioner, såsom voldshandlinger eller suicidale impulser. Hvorefter systemet jo med “rette” kan hævde, at de virkelig er *meget* syge.

Men er det virkelig nok “bare” at lide med folk? Jeg vil sige, det er 80 % af det, der skal til. Og når man først har etableret kontakten på det niveau, så kan man bedre vurdere, hvad der derudover er behov for. Men det er selvfølgelig i sig selv en stor udfordring at skulle til at lide med folk. Det er ikke et arbejde, alle er egnede til. Og vi, der prøver på det, er også nødt til at erkende, at vi jo ikke er fuldkomne og måske nogen gange ganske enkelt ikke tør gå ind i klientens smerterum. Men vi kan i det mindste undlade at se dem som syge.

Når man tager disse briller på, ser man ikke håbløse eller behandlings-resistente klienter, kun inkompetente behandlere. At kalde sin klient for håbløs eller resistent er en ufin måde at give sin klient skylden for, at man ikke selv er god nok til at behandle – endnu. Og det skal vi i øvrigt ikke have det dårligt med. Det vil altid styrke klientens værdighed og tillid til os, hvis vi tør indrømme vor egen afmagt. Så er de ikke så alene med deres. Og paradoksalt nok vil dette fællesskab ikke sjældent accelerere helbredelsesprocessen.

Klinisk teologi

Det er som nævnt ikke særlig tillokkende at skulle til at arbejde så meget med lidelse, og det vil være fremmed for mange. Men det er meningsfuldt, og jeg kan ikke se anden vej frem. Af denne grund mener jeg de klinisk psykologiske tilgange må nedtone deres tilknytning til det medicinske domæne og åbne op for de ressourcer, der findes i de spirituelle og åndelige domæner, hvor der er en rig tradition for, og årtusind lang erfaring med, at beskæftige sig med de dybeste lag af eksistentielle vanskeligheder.

Når fokus er på ulidelige lidelser, bliver især den kristne fortælling interessant, idet den via Kristi lidelseshistorie tilbyder et veludviklet begrebsapparat, der evner at tage livtag med de intense smertetilstande, som de såkaldt syge patienter bærer på. I kristendommen møder vi en Gudsforståelse, der ikke ses i andre åndelige traditioner, nemlig den, at skaberen af egen fri vilje personligt tager del i den uundgåelige lidelse i sit eget skaberværk. Derved forbliver mennesket ikke alene med sin smerte, hvorved den fundamentalt ændrer karakter.

Den anglikanske præst og psykiater, Frank Lake, der grundlagde Klinisk Teologisk Institut i Nottingham i England i tresserne, har med sit livsværk *Clinical Theology* demonstreret, hvorledes psykologi og teologi kan integreres på en både kreativ og fagligt forsvarlig måde. Han viste, hvorledes Kristi lidelseshistorie gennemlever alle de centrale lidelsesaspekter, der knytter sig til det menneskelige livsvilkår. Han trak paralleller til det, der foregår i de psykiatriske patienters sjæleunivers, og påpegede, hvorledes forsøget på at undgå de eksistentielle smerter let bliver drivkraften bag de psykiatriske patienters symptomkomplekser. Det er når denne smerte når over en bestemt tærskel, og bliver det, Frank Lake kalder *transmarginal*, at der konstrueres et tilsyneladende irrationelt symptomkompleks, der dog er rationelt nok til, at det formår at indkapsle eller distrahere smerten tilstrækkelig til, at den totale opløsning af selvet undgås. Oplevelser som fx at blive forrådt af en nær ven, svigtet af ens nærmeste, når man har mest brug for dem, blive udstødt fra fællesskabet, ydmyget og hånet for den, man er, i sine mest sårbare øjeblikke, tvivle på det, man altid har troet på, se ens livsværk falde fra hinanden, være naglet til stedet og ikke kunne komme hverken op eller ned, frem eller tilbage, etc. er alle sjælstilstande fra Kristi korsvandring, der vinder genklang hos de fleste mennesker på et eller andet plan, uanset om man er troende eller ej.

Frank Lakes viste eksempelvis, hvorledes de dybt rodfæstede paranoide vrangforestillinger om overvågning og forfølgelse af autoriteterne hos de paranoide schizophrene ofte kunne tolkes som aktuelle projektioner af prenatale traumer relateret til forældrenes overvejelser om abort eller forsøg derpå. En erkendelse af denne mulige sammenhæng gjorde det muligt at sætte de irrationelle vrangforestillinger ind i en meningsfuld kontekst, hvilket var en stor lettelse for den lidende.

Udfordringer og paradokser

At arbejde med lidelsesdimensionen kan aldrig blive blot en professionel karriere. Der kræves en rummelighed og inderlighed, der bedst kan kaldes næstekærlighed, og som har til formål at formidle til patienten, at denne ikke er alene i smerten. Man kan ikke holde sig selv uden for sit arbejdsfelt uden derved at medvirke til at fastholde og måske endda forstærke patienten i en isolationsoplevelse, der jo allerede er problemet. Det er bl.a. derfor, jeg mener, at der ikke sker megen dybtgående helbredelse i psykiatrien og aldrig vil gøre det, så længe man fortsætter med at praktisere psykiatri på basis af det eksisterende sygdomsparadigme.

Patienternes lidelseshistorier minder altid om vore egne på et eller andet plan. I mødet med klienten bliver man tvunget til enten at forholde sig mere bevidst til sine egne dybe smerter eller til at holde patienterne tre skridt fra livet. Vi er virkelig alle i samme båd – blot med den forskel, at vi behandlere gerne skulle vide, hvordan man sejler båden, og hvordan man hiver folk op af vandet, hver gang de falder i.

Men skal vi nu til at lære at lide i en uendelighed, hvem gider det? Intet kunne være mere forkert. Det handler selvfølgelig om at få lidelsen overstået. Og her ligger paradokset, for det er ikke lidelsen som sådan, der er problemet. Det er modstanden mod den, der skaber elendigheden. Man kan derfor kun overkomme problemet ved at gå frontalt ind i det, der afskrækker. Når man ikke kan undgå lidelsen, må man *gå ind i den og igennem den*. Det er det, der i kristen terminologi hedder “at tage sit kors på sig”, hvilket rimelig hurtigt fører til forløsningens opstandelse. På dette punkt adskiller kristendommen sig fra de østerlandske spirituelle traditioner, der sigter mere på at gå uden om eller transcendere smerten.

Processen vil for de fleste kun være mulig støttet af kærlige, medfølelse relationer. At overgive sig til smerten indebærer at åbne sig for et personligt, kropsligt og psykisk udtryk, der fuldt ud matcher lidelsens væsen og intensitet, som det fx kan ske i den dybe hulken, der ofte totalt misforstås som et “nervesammenbrud”. En kropslig forløsning af smerten i et kærligt nærvær af mindst en anden person er utrolig helende og kan ikke sjældent forvandle den værste desperation til en dybtfølt, næsten lykkelig, fred på forbløffende kort tid.

I øvrigt er der intet nyt i denne tilgang og min filosofi i det hele taget. Børn forstår det og mestrer teknikkerne til fuldkommenhed især i de første tre leveår. I den periode er sind og krop afstemt efter hinanden i en imponerende perfekt balance. Når de lider psykiske smerter, hulker eller raser de med hele kroppen og hele deres væsen, og får de lov til det i trygge kærlige omgivelser, er smerten hurtigt forløst og glemt, og det kærlige nærvær genetableret. Derfor er børn ofte også glade så meget af tiden – og sover godt!

Det er, hvis vi som voksne delvist følelsesforskrækkede opdragere begynder at belære, at sådan en følelsesladet opførsel er noget umodent infantilt pjat eller “hysterisk skaberi”, at vi grundigt og effektivt lægger låg på de medfødte sind-kropslige helingsmekanismer og dermed danner grobund for den mangfoldighed af psykiske problemer, vi senere ser. Det er i øvrigt i denne sammenhæng vigtigt at forstå, at det ikke er de stærke smertelige oplevelser i barndommen, hvad de så end måtte handle om, der skaber traumerne. Det er, når barnet efterlades *alene* med smerterne, at de sætter sig som traumer.

Og her rører vi netop ved den sidste pointe, som jeg gerne vil understrege for at give så fyldig en forståelse som muligt af det, jeg hidtil har sagt om lidelsens natur:

Det er ikke smerten i lidelsen, der er det egentlige problem, *det er oplevelsen af at være alene med smerten*, der er kerneproblemet. I sådan en oplevelse trues vores eksistens med at gå i opløsning, fordi "det er ikke godt for mennesket at være ene," der i øvrigt er den allerførste definition af, hvad et menneske er for noget, som vi møder i den bibelske skabelsesberetning. Vor eksistentielle identitet er uigenkaldeligt relationelt baseret. Når bare der er ét andet menneske, der fuldt ud forstår vor smerte, ikke bare med hovedet, men også med hjertet, er der næsten ingen grænser for, hvad vi kan klare. Og deri ligger håbet.

For som jeg sagde i begyndelsen, vi kan ikke undgå lidelsen i denne tilværelse. Men vi kan undgå at lide alene. Og det ændrer alt.