

New York, juni 2000.

Da tjeneren for tredje gang under vort måltid kommer hen til bordet for at spørge om "everything is okay?", brister Moshers tålmodighed. Og han forklarer kontrolleret den service-anmassende tjener, at vi nok selv skal sige til, hvis der er noget der ikke er okay.

"Paradokset er", siger Mosher, "at selve service-konceptet med kvalitet, kvalitetssikring og kvalitetsmåling er med til at forringe kvaliteten. Hvorfor skal et velrenommeret spisested som dette her (*Les Halles* på Park Avenue, red.) forulempe rummets og måltidets aura, bare fordi den stakkels tjener skal gøre sin ydelse målbar overfor ledelsen med dens kvalitetssikringsparole. Som sikkert her lyder, at hvert bord skal generes en gang hver halve time."

Som det kan læses længere fremme i interviewet med Loren Mosher, har selvsamme management- og serviceideologi været en afgørende del af hans konflikt med ledelsen i San Diego County, hvor han indtil for nylig har været klinisk direktør for amtets socialpsykiatri. Hele administrationsapparatet omkring amtets socialpsykiatri blev midt i Moshers periode som "Clinical Director" privatiseret. Mens Mosher har det udmærket med udlicitering af selve de socialpsykiatriske opgaver, gik det slet ikke da management-delen og administrationen blev privatiseret. Hans forbavselse over al det papirarbejde "managementfyrene" påduttede ham, har stadig ikke lagt sig (målbeskrivelser i de mindste detaljer, kvalitetslyrik, målinger og registreringer af personalets gøren og laden, kontrol m.v.).

Moshers samfundspsykiatriske baggrund og ekspertise – "community mental health" er den foretrukne amerikanske betegnelse – vil kun de færreste betvivle. Som en af de første udviklede han en moderne bofællesskabstanke med henblik på medicinfri behandling af førstegangsdagnosticerede skizofrene. Soteria-projektet startede således i 1970 i San Jose, Californien, mens et andet oprettedes i det nordlige Californien i 1974. Primært på grund af økonomiske problemer, i det der i den højpotente pillebehandlings æra blev anskuet som langvarige døgnophold, lukkede begge bofællesskaber i begyndelsen af 1980'erne.

Soteria-tanken er dog ikke død. Loren Mosher er således fortsat det centrale samlingspunkt i "Soteria Associates", som dækker over Soteria-lignende fællesskaber i Tyskland og Schweiz.

Med baggrund i bl.a. de forskningsmæssigt indhøstede Soteria-erfaringer, har Mosher udvidet sine perspektiver på mulighederne for at behandle sindslidende uden for de psykiatriske hospitaler, herunder ikke mindst i eget hjem eller i Soteria-lignende socialpædagogiske behandlings- og krisehuse, som nogle af dem han var chef for i San Diego.

Sammen med den italienske psykiater Lorenzo Burti sammenfattede Mosher i 1994 alle disse psykosociale vinkler på de sindslidendes integration i samfundet i grundbogen "Community Mental Health" (da. oversættelse "Samfundspsykiatri" 1996, Hans Reitzels Forlag).

En anderledes psykiater

Lad os starte i Europa. I modsætning til amerikanske psykiatere i bred forstand, har du i fagligt øjemed gæstet Europa ved flere forskellige lejligheder. Og har sågar skrevet en bog sammen med din italienske kollega Lorenzo Burti¹⁾.

Denne europæiske forbindelse starter hos R.D. Laing på Kingsley Hall i London?

– Ja. Men jeg traf nu Laing første gang i USA, i 1964. Han mødtes med forskellige mennesker og holdt et foredrag på The National Institute for Mental Health, hvor jeg var ansat som ung forsker.

Det var på et tidspunkt, hvor man var begyndt at tale med kvækerne, som havde Kingsley Hall, om at få Kingsley Hall til brug for et alternativt psykiatrisk behandlingssted. Og jeg ønskede i det hele taget at komme et års tid til vidunderlige London. Var faktisk i gang med at udforme en ansøgning om et forskningsophold i London, da Laing skrev til mig og fortalte, at de ville åbne Kingsley Hall september 1965.

Min ansøgning var gået igennem, og jeg skulle efter planen komme til London juni 66 med kone og to børn, for bl.a. at forske på Tavistock. Så jeg skrev selvfølgelig til Laing, at jeg gerne ville bruge noget af min tid på Kingsley Hall. Selvom mit karriereforløb dengang, på Harvard Medical School, ellers så ret traditionelt ud.

Jeg kom til London uden at have

FOTO JOHN SCHNACK



Loren R. Mosher

Den californiske psykiater Loren Mosher, her fotograferet til "Psychology Today", har forladt American Psychiatric Association, som han betragter som et uhæderligt laugsvæsen, der rettelig burde kalde sig American Psychopharmacological Association.

nogen fast aftale med Laing. Men vi mødtes hjemme hos ham og talte om Kingsley Hall, som på det tidspunkt havde været igang i ni måneder, og som havde et større antal professionelle, og folk som kunne kaldes for åndsfæller, tilknyttet. På det tidspunkt var de professionelle begyndt, mere eller mindre, at flytte sammen med de egentlige beboere i et decideret behandlings-kollektiv. Ideologien med at alle skulle bo sammen, varede omkring et års tid.

Jeg begyndte at komme til møderne på Kingsley Hall. Vi sad allesammen i den store "hall", med Mahatma Gandhi-alteret i hjørnet, og diskuterede primært cases. Forstået på den måde, at de pågældende var til stede og med i diskussionerne. En af dem var selvfølgelig Mary Barnes, som sidenhen blev Kingsley Hall's mest berømte beboer²⁾. Også medlemmerne fra The Philadelphia Association dukkede op til disse ugentlige møder. Bagefter var der middag ovenpå.

Det blev meget hurtigt klart, at indenfor denne tilsyneladende flade organisation, uden synlige spor af hierarki, var der alligevel kun én konge, og det var Ronnie Laing. Han sad for bordenden og fortsatte sin tale under middagen. Heldigvis havde jeg megen kontakt med ham uden for Kingsley Hall.

Hvad jeg lærte i denne periode, var at et kollektiv som Kingsley Hall rent faktisk kunne eksistere og tage vare på sig selv. Selv om der også var mange dramatiske episoder. På et tidspunkt var der et oprør i kollektivet, hvor alle der ikke boede der blev smidt ud. Hvilket inkluderede mig og Laing. Kollektivet kom også i vanskeligheder, fordi der var ret mange stoffer, stærkere ting end psychedelics. Og stedet blev aldrig accepteret i lokalmiljøet. East End, "blue collar"-arbejdere og så de her langhårede, stofbrugende mennesker! På et tidspunkt, to-tre år efter jeg havde forladt London, kom en gruppe lokale beboere til Kingsley Hall's hoveddør, der blev smidt sten mod bygningen og råbt "Out, out, out!"

Det var relativt hurtigt blevet klart for mig, at der manglede den nødvendige struktur på Kingsley Hall til at sikre noget så grundlæggende som et måltid mad hver

aften. Jeg lærte også, at hvis man har et kollektiv, som er nogens hjem, så er det forkert at folk kan komme på besøg uden at spørge dem, der bor der.

Jeg lærte meget om hvad et kollektiv kunne og ikke kunne. Indså at en slags regler og struktur var nødvendige, så i det mindste brød på bordet var sikret, at der er økonomi, at gæster kun er velkomne efter aftale o.lign. Altsammen erfaringer som fik betydning, da vi startede Soteria House.

Laing og jeg fortsatte vores kontakter og venskab lige op til tiden før hans død i 1989. Efter mit år i London, besøgte jeg nogle af de steder rundt omkring i London – "communities"/"households"³⁾ – som erstattede Kingsley Hall, da det lukkede i 1970.

Andre mennesker end Laing var hovedpersonerne i disse kollektiver, selv om han fortsat dukkede op indimellem. Til gengæld var han hovedfiguren på de seminarer The Philadelphia Association holdt på deres sted i Hampstead.

Anti-psykiatri eller...

– Laing er i den traditionelle historieskrivning rubriceret som anti-psykiater. Hvordan opfatter du denne rubricering. Var han anti-psykiater eller praktiserede han blot en anden slags psykiatri?

– Laing har altid afskyet benævnelsen anti-psykiater. Han sagde, at det var et ord som David Cooper opfandt og tillagde ham⁴⁾. Jeg mener, at Laing med rette kunne betegnes som en god psykiater. En rigtig psykiater og ikke en anti-psykiater. Manfred Bleuler, som må anses for at være en ret traditionel psykiater, sagde engang om Soteria-projektet, vel vidende at også jeg havde fået mærkaten anti-psykiater påklis-tret, at det var noget af det bedste praktiske psykiatri snarere end anti-psykiatri.

Men Laing var lige så meget poet, musiker og filosof, som han var psykiater. Og han bevægede sig længere og længere væk fra psykiaterrollen og fordybede sig mere og mere i filosofien og sit forfatterskab⁵⁾.

– Hvis du skal beskrive Laing med videnskabelige termer, hvilke nøgleord vil du så fremhæve?

– Han var én blandt flere som ville revolutionere psykiatrien. Basaglia, Cooper, mig selv o.a. Helt uafhængigt af hinanden, var vi influeret af eksistentialismen og fænomenologien. Laing og jeg havde så endvidere en fælles interesse i familien og familieforskningen. Jeg betragter de familiestudier han fremlagde, i en alt for oversat bog sammen med Esterson, som hans bedste arbejde⁶⁾. Hans studier over og beskrivelser af familier er strålende. Han udforskede familiens rolle, den menneskelige opvækst i familien, med særligt henblik på at forstå det skizofrene udbrud indenfor denne kontekst. En tilgang som er helt umulig idag, hvor den reduktionistiske medicinske opfattelse sammen med indflydelsesrige pårørendeorganisationers lobbyvirksomhed straks ville udråbe folk som Laing som værende en “family basher” eller “family blamer”.

– *Lad os foretage et spring i tid. Og et spring fra England til Italien. Du har allerede nævnt Basaglia?*

– Ja. Men det var pga af Lorenzo Burti at jeg kom til Italien. Burti havde arbejdet hos mig som gæst i Soteria-projektet i 18 måneder 1978-79. Og han fortalte mig om – og ligefrem oversatte fra italiensk til engelsk – den nye lov 180 af 1978 i Italien, som foreskrev lukning af alle sindssygehospitaler med den begrundelse at de var skadelige. Jeg tror, at jeg var den første amerikaner, som blev sat ind i denne usædvanlige lov. Og det var jo et stykke politisk papir, som satte magt bag de ting, jeg selv altid havde ønsket at kunne realisere. Så min reaktion var selvfølgelig, at jeg måtte til Italien for at se, hvordan dette foregik i praksis. Og jeg fik skaffet nogle midler til at rejse for.

Loven var ikke nær implementeret, mens jeg var der med base i Verona. Og det var heller ikke alle regioner i Italien jeg kom rundt til.

Jeg mødte Franco Basaglia en enkelt gang, han havde netop fået konstateret en alvorlig cancer og døde i 1980⁷⁾. En meget karismatisk person, som blev fulgt af mange mennesker som beundrede ham. Jeg rejste rundt og så hvad der gik for sig i Trieste, Padova, Verona, Arezzo, Genova, Rom, ja, selv på Sicilien skete der noget. Og jeg skrev en serie på tre artikler om denne italienske transformationsproces.

Det er jo karakteristisk for amerikanere, at de ikke ved hvad der sker uden for Amerikas grænser. Selv idag, 22 år senere, ved amerikanske psykiatere ikke hvad der er sket i Italien. De har end ikke færtten af det, udover at et par enkelte måske har læst en populær rejseartikel i et dagblad om “de gales løsladelse”.

Blandt amerikanske psykiatere har jeg været ret alene om at synes, at det der foregik i Italien var interessant. Også selvom den nye lov ikke blev nogen entydig succes. Så har de italienske erfaringer dog klart demonstreret, at man ikke behøver de store sindssygehospitaler, at begrebet om farlighed har været overflødigt og at antallet af indlæggelser kan reduceres dramatisk forudsat community mental health-programmerne er ordentligt udbygget. Hvilket er nødvendigt, for det har været svært at få befolkningen til at bakke disse institutionslukninger aktivt op.

– *Du har selv haft en drøm om at få lukket de store amerikanske sindssygeanstalter. Hvilket jo i betydelig udstrækning også er sket, omend måske af nogle andre grunde end i Italien. Er det ikke svært i dagens Amerika at komme igennem med indlæggelser, alene fordi de er dyre? Og hvordan er mulighederne for at lave alternative, medicinfrie/minimalmedicinbaserede døgnprogrammer som Soteria House?*

– Det amerikanske system er kompliceret, fordi det i realiteten består af to systemer. En hel, stor verden for sig selv, bestående af det forsikringsbaserede private behandlingssystem. Så er der det offentlige system baseret på borgernes skatteindbetalinger. Der sker så det, at de mest forstyrrende mennesker efter et par behandlingsfaskoer i det private system glider ned i det offentlige system, bl.a. af den grund, at deres forsikringspenge er brugt op. En slags filtreringsproces hvor patienter, som ikke har fået det bedre af den private behandling, overlades til det offentlige. I dette system er der stadig store sindssygehospitaler, omend ikke så mange som før. Californien har to sindssygehospitaler (“State mental hospitals”) med hver ca. 1.500 sengepladser. De skal tilsammen dække en befolkning på 32 millioner mennesker.*)

Langt størstedelen af den offentlige om-

*) Iflg. Stein & Santos' bog om “psykoseteam” er prisen for en nats ophold på et centraliseret delstatshospital \$ 200-300, hvormod prisen for en nat på et lokalt hospital svinger fra \$ 400 til mere end \$ 1.000.

Bladet "Psychology Today" er en tidstypisk livsstilsting for de hvide amerikanske mellemlag. Under magasinets slogan "Living Smarter" på forsiden, operationaliserer Madonna målgruppe og slogan: *How Madonna Found Her Ray of Light*.

Inde i bladet (Oct. 1999), mellem oceaner af reklamer for medikamenter og sundhedsprodukter, herunder en Larry King-anbefaling af et kursus i "frygtløs konversation" og en opskrift på Sado-Masochisme som en sund psykologisk beskæftigelse ("safe, sane and consensual"), har en negativ artikel sneget sig ind. Eller næsten negativ. For mens den person som har udløst artiklen ikke er i tvivl, så har redaktionen valgt et spørgsmål som overskrift i det der lanceres, som en debat mellem "prominent psychiatrists" ("Are Psychiatrists Betraying Their Patients?").

Efter næsten 30 års medlemskab er Loren Mosher gået i selvalgt eksil fra APA (American Psychiatric Association). Som ironisk nok kan beholde sine akronymer for det de efter Moshers opfattelse i realiteten dækker over: *American Psychopharmacological Association*.

Mosher fik, som han ønskede men langt fra kunne forvente det, en offentlig platform at melde (sig) ud fra. Og en faktaboks i bladet vidner da også om, at det psykiatrisk-farmakologiske kompleks ikke altid er helt stuerent ("A History of Drug Trials Gone Bad").

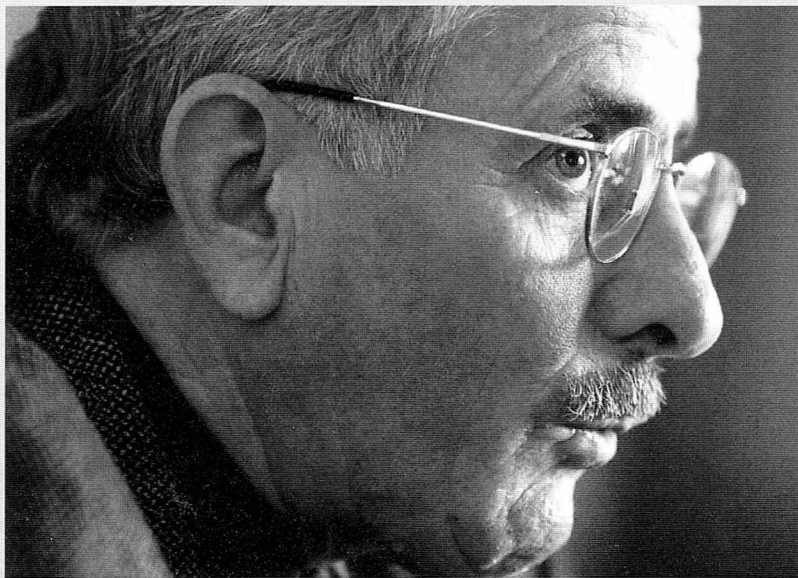


FOTO HÅKON LINDGREN. PRESENS BILD/POLFOTO

USA har godt nok ytringsfrihed, men det er ikke altid let at finde et egnet sted at ytre sig, fordi forskellige former for magtinteresser stiller sig hindrende i vejen. Således forlyder det også, at Moshers beske afskedssalut oprindeligt var blevet afvist af den nye ejer af "Psychology Today", angiveligt af frygt for annoncørernes reaktion.

Den tidligere ejers intervention skal imidlertid have åbnet vejen for den ensomme psykiater-dissident fra San Diego. Dog lod redaktionen hele to fremtrædende psykiatere fra "the establishment" banke den vildfarne på plads i kommentarer bragt lige efter Moshers artikel, samstemmende akkompagneret af lederen af den magtfulde og medicinglade pårørendeorganisation NAMI (the National Alliance for the Mentally Ill).

Loren Mosher er kun delvist kommet ud i det stormvejr, han ellers så meget har ønsket sig. På overfladen er havet blikstille så langt øjet rækker, i kraft af en overvældende konsensus mellem psykofarmakologisk videnskab/ industri, psykiatrisk profession, statslig sundhedsstyrelse og pårørende.

Den brede amerikanske opinion lytter givetvis mere til den måske kommende præsidentfrue Tipper Gore, som "eksklusivt" interviewes andetsteds i samme magasin som Mosher. Bortset fra at hun retter interviewereren, da denne spørger til hendes "depression" – det var en *klinisk* depression hun havde! – så er den god nok. Sådanne sager kan helt problemløst diagnosticeres og behandles.

Spørgsmålet er imidlertid hvor længe havet kan bevare den rolige overflade. Der har været mange besøg på internettet efter Mosheres smækken med dørene, der vidner om, at ikke alle har haft en så problemløs medicinering som Tipper Gore. Hertil brugergruppen "Support Coalition International" og deres blad "Dendron" ("Human Rights in Mental Health") som er helt på linje med Mosher både i hans kritik af den medicinske psykiatris tunnelsyn og i hans slåen til lyd for flere alternativer til det medicinske monopol i psykiatrisk behandling. Og her er det brugerne selv, der udtaler sig. Ikke de pårørende, hvis medicineringssønsker på de voksne børns vegne jo ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med disses ønsker og behov.

sorg ("care") til sindslidende, finder sted ude i samfundet, når patienterne hurtigt udskrives som færdigbehandlede. Problemet er her, at pengene ikke er fulgt med patienterne ud i samfundet. Der er et stort misforhold mellem realiteterne, at de fleste modtager hjælpen ude i lokalsamfundene, og så det forhold, at det stadigvæk er de psykiatriske hospitaler som forbruger hovedparten af skattekroneerne, selv om patienterne ikke primært befinder sig der mere. Der mangler i USA en egentlig vilje til at sørge for en forsvarlig samfundsaseret omsorg. Den har aldrig været der, og den er der heller ikke idag. Hvis den havde været der, ville vi ikke have så mange hjemløse.

Hvad der grundlæggende er mangel på, er ordentlige boliger, som er til at betale. Da jeg arbejdede i Maryland, havde vi et bedre system end i Californien, med boliger som ikke var for dyre. Og hvor der kunne kobles en behovsbaseret social og personlig støtte til boligen, brugerens hjem, uden at det kom til at ligne en psykiatrisk "setting". Hvis de havde brug for det, kunne de få hjemmebesøg, eller de kunne benytte sig af nogle af dagbehandlingstilbuddene. En vigtig, normaliserende strategi.

Langt størstedelen af de akutte tilfælde behandles stadigvæk på de somatiske hospitaler, hvor psykiatriske afdelinger blev oprettet efter 2.verdenskrig, hvor forsikringsselskaberne gik med til at forsikringen dækkede i forbindelse med psykiske sammenbrud, blot behandlingen foregik på et somatisk hospital. Forsikringerne gjaldt altså ikke i forbindelse med indlæggelse på statshospitalerne, hvorfor folk som blev akut psykotiske søgte til de somatiske hospitalers psykiatriske afdelinger for at blive korttidsbehandlet der og sendt tilbage til samfundet. Så, der hvor pengene er, drives behandlingssystemet hen.

Hvad der er sket er, at udgifterne til hospitalerne er steget så dramatisk, at reaktionen er blevet, at den måde der kan spares på, er at forkorte opholdstiderne. Opholdstiderne på de somatiske hospitalers psykiatriske afdelinger er nu gennemsnitligt 11-12 dage for en person diagnosticeret som skizofren. Kun lige tid nok til at lære vejen til toilettet at kende.

Værre er det, at behandlingen er kom-

met til at bestå i meget høje doser neuroleptika. Behandlingen gør patienterne til rene zombier. Og som sådanne bliver de udskrevet til gaden, hvor de synligt afviger fra alle andre i de offentlige rum. Alene deres langsomme og stive medicinerede måde at gå på, de værste tilfælde med tardiv dyskinesi og andre frygtelige langtidsbivirkningssymptomer. Dette er nu blevet standard.

– *Hvordan kan det være, at ingen af dine elever er fortsat med Soteria-modellen?*

– Ååhh. Fordi, som forholdene er i Amerika idag, kan man blive retsforfulgt og anklaget for uforsvarlig behandling ("malpractice"), hvis blot det mindste går galt i forbindelse med eksempelvis en 14 dages neuroleptika-fri behandlingsperiode med en psykotisk patient. Der vil blive rejst krav om lukning af stedet med det samme.

I modsætning til dette, har den svenske psykiaterforening fremlagt et forslag, hvor der opereres med en behandlingsmodel som skal undgå neuroleptika i minimum en uge i forbindelse med akut psykose. Det er fuldstændigt utænkeligt, at den amerikanske psykiaterforening vil lægge navn til et sådant forsøg.

Er der støtte og behandling nok i lokal-samfundet? Nej. Nogle steder er forholdene rimelige, amter i bl.a. Colorado og Wisconsin. Der er lommer, hvor indsatsen er god. Hvis vi ser bort fra seks krisehuse, som med deres "access"-programmer forsøger at holde folk fri af statshospitalerne og som faktisk ligner Soteria-modellen en del, er indsatsen i San Diego, hvor jeg bor, stort set elendig⁸⁾. Fordi der ikke er betalbare boliger og mange hjemløse. En del af dem, er udskrevne patienter fra statshospitalerne. Ikke før boligproblemet er løst for de mindre bemidlede – og det er jo dem der er den amtslige socialpsykiatris målgruppe – er det relevant at tænke på behandling. Boligspørgsmålet er kerneproblemet i USA's storbyer. Har man ikke et sted at sove, hjælper behandling ikke meget.

– *Hvad er det aktuelle potentiale for et program som Soteria? Kunne det startes som et privat døgnbehandlingsprogram, hvis nogen ville betale for det?*

– Ja, det er muligt. Programmets ide-

grundlag med bl.a. korttidsuddannede medarbejdere, fraværet af bureaukrati og et stort og dyrt behandlingshierarki, betød jo at personaleudgifterne var beskedne. Det sted vi havde i offentligt regi i Maryland, og som var formet efter Soteria-principperne hvad angør husets struktur og størrelse, personaleholdninger mv., havde udgifter per dag på \$150 sammenlignet med \$400 for en hospitalsseng. En undersøgelse vi lavede, som sammenlignede patienter henvist til et hospital med patienter henvist til vort Soteria-lignende hus, gav klinisk set lige gode resultater. Min vurdering er, at 85% af de patienter, der indskrives på de somatiske hospitalers psykiatriske afdelinger lige så godt kunne henvises til alternative døgnbehandlingsprogrammer. Og systemet ville ovenikøbet kunne spare en masse penge.

Soteria tog sig af førstegangsdagnosticerede psykotiske mennesker, som ikke havde nogen særlig erfaring med hospitalisering. Med sådanne mennesker, er der tale om en helt anden historie. Deres familier og sociale netværk er åbne overfor psykosociale interventioner, mere åbne end pårørende til patienter som har været hele systemet igennem flere gange. Det er to forskellige målgrupper.

Det er forklaringen på at Soteria lykkedes så godt, stort set uden at bruge neuroleptika. Vores målgruppe var ikke oplært i patientrollen, og de var ikke tilvænnet en neuroleptikabehandling.

Hvad man burde gøre, er at oprette flere specialiserede Soteria-lignende enheder for mennesker som bliver psykotiske for første gang. I stedet for med det samme at medicinere dem med neuroleptika, hvilket jo er det der sker så snart de ankommer til en psykiatrisk skadestue. Jo mere man kan holde mennesker væk fra medicinering, jo bedre. Disse mennesker bør ikke komme indenfor hospitalets mure overhovedet, men forblive i deres eget hjem og modtage behandlingen i en normaliseret setting. Så vidt muligt bør hele stemplings-og patientgørelsesprocessen undgås, med alle de konsekvenser vi jo ved denne proces fører med sig. Sådanne bestræbelser findes i både Finland, Norge og Sverige. Jeg tænker her bl.a. på den svenske psykiater Cullberg's "faldskærmsprojekt"⁹⁾.

– *Men, men! Selvom personen forbliver i eget hjem, kan han eller hun vel også der medicineres og patientgøres qua diagnoser og neuroleptika?*

– Jo, selvfølgelig. Pointen består i at fjerne det omgivende samfunds attityder ved at have et behandlingsteam i lokalsamfundet, som er særligt uddannede til at arbejde med dialog til og processer i familierne. Det er naturligt, at der er en psykiater i et sådant team. Men ikke den type som automatisk siger, at den eneste løsning på dette problem er at udskrive en masse medicin¹⁰.

Tvang i hjemmet?

– *Overdreven medicinering er ikke længere et hospitalsanliggende. Selv tvangsmedicinering kan nu finde sted i brugerens hjem?*

– Ja, det er det værste moment ved de psykiatriske teams som overbehandler medicinsk i hjemmene. Modellen blev oprindeligt udviklet af en gruppe i Madison, Wisconsin under navnet "The Program for Assertive Community Treatment", forkortet PACT¹¹. PACT-modellen er i princippet god, fordi den er mobil og kan nå ud til brugernes hjem. Men samtidig er modellen gradvist blevet mere og mere baseret på et indhold, som fremtvinger en indstilling hos brugerne om lydigt at følge de lægelige-medicinske ordinationer. "Drug compliance" for nærmest enhver pris! De tager f.eks. brugerens penge fra hans eller hendes invalidepension ("disability cheque") og administrerer disse penge for brugeren ved at udbetale et vist antal dollars dagligt, forudsat brugeren møder op for at indtage sin medicin.

Og nu har The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI), den største forældreorganisation i USA, meldt ud, at de ønsker sådanne PACT-programmer overalt i Amerika. De laver lobbyarbejde i Kongressen, som de ønsker skal vedtage en lov om dette.

Well, almindeligvis er "mental health"-programmer enkeltstatsanliggender og ikke forbundsstatsanliggende. Men NAMI ønsker altså, at Kongressen i Washington DC skal lovgive på samtlige enkeltstats vegne, således at de tvinges til at indføre PACT-modellen.

Der er dog PACT-programmer som ikke er så medicinfokuserede, men som mere betoner brugernes re-integration i samfundet. Og hvor medicinering kun er noget som følger med som et middel i denne overordnede proces.

Den praksis, hvor teamets repræsentanter siger til brugeren, at hvis du ikke tager din medicin, så vil vi tvangsmedicinere dig i dit eget hjem, er efter min opfattelse en frygtelig krænkelse af menneskerettighederne. Ingen bør kunne tvangsbehandle sindslidende i deres eget hjem; det her er jo taget lige ud af Huxley's og Orwell's bøger.

Men det er altså det, som NAMI presser på med politisk. Som forældreorganisation vil de gøre det lettere for psykiaterne at tvangsmedicinere deres voksne børn! Og i sidste instans også bruge tvangsindlæggelser, hvis personen ikke efterkommer den medicinering som psykiatere og forældre finder er nødvendig.

Det er svært at se dette som andet end social kontrol. Og det er store magter, som er på spil. American Psychiatric Association (APA), NAMI og medicinalindustrien arbejder tæt sammen omkring denne medicinske offensiv. Alle ved hvor tæt psykiaterne og medicinproducenterne er knyttet til hinanden, mens det måske er mere overraskende, at forældreorganisationen modtager kæmpebeløb fra medicinalindustrien. Bladet "Mother Jones" afslørede, vistnok i deres decembernummer¹², at NAMI over en toenhålvårlig periode havde modtaget 11.75 millioner dollars fra forskellige medicinalfirmaer. Nogle sponsoreringer som de på forskellig vis forsøgte at maskere regnskabsmæssigt, men som "Mother Jones" afslørede ved hjælp af forskellige interne dokumenter.

Børn og medicin

– *I oplægget til den konference vi bevæger os hen til om et par timer, står der at fem millioner amerikanske børn rutinemæssigt medicineres med antidepressiva eller Ritalin. I hvilken alder begynder amerikansk psykiatri at medicinere børn med så tungt skyts?*

– Fra 1990 til 1998 steg Ritalin-udskrivningen til børn med godt 400%. Fem millio-

ner er lavt sat! Well, et stort antal førskolebørn under seks år får nu Ritalin. USA forbruger alene 90% af al Ritalin produceret i verden. Det er skrækkeligt!

Diagnosen ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – optrådte første gang i DSM 3 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)¹³⁾. En kategorisering af børns adfærd, som den især blev oplevet af lærerne, når børnene kom i skole, og som er adgangsbilletten til den udbredte medicinering. Børnene kan ikke sidde stille, de er ikke opmærksomme og koncentrerede. Ting som gør det vanskeligt for lærerne at undervise. På den anden side, hvis man tænker på det, så er det nyt for børn at komme i skole, og en del af deres uro må siges at være forventelig. Psykiaterne har imidlertid fået lavet en diagnose ud af det. Og diagnosticeringen har taget til i omfang op gennem 90'erne via psykologer, børnelæger og psykiatere. Nu er det sådan, at ethvert barn i et klasseværelse som repræsenterer et problem, tilskyndet af skolen sendes til læge. Nogle skoler praktiserer ovenikøbet at afvise visse børn indtil de er blevet medicineret. Mange forældre føler i en sådan situation, at de ikke kan gøre andet end at tilpasse sig.

Jeg er selvfølgelig ikke alene om at være betænkelig ved denne udvikling. Massemedierne er omsider også kommet på banen med mere kritiske holdninger, især efter at der er kommet nogle eksempler frem, hvor toårige børn har fået ordineret prozac. Dagsordenen er endog nået til Det Hvide Hus, hvor Hillary Clinton siger. "Vi har et problem her, som skal undersøges nærmere."

Og sådan gør vi det i USA – siger, at det problem må undersøges nærmere. Og National Institute for Mental Health har derfor fået fem millioner dollars til at lave en undersøgelse af ADHD-diagnosticerede Ritalin-børn under seks år.

Hvilket imidlertid, i den mellemliggende periode, legitimerer en helt uetisk praksis overfor de børn, som i omgivelsernes øjne opfører sig uacceptabelt. Der er jo en masse andre ting, man kunne gøre i forhold til sådanne børn. Gi lærerne særlig socialpædagogisk træning, forældreuddannelse og andre former for psykosociale tiltag m.v.

"Blaming the Brain"-politikken¹⁴⁾ – den biologisk-deterministiske forklaring, at mit barns utilpassede adfærd (und)skyldes en hjernefejl – er gået alt for vidt. Her har vi at gøre med under seks-årige børns små hjerner. Hjerter som udvikler sig med rivende hast, ja, en høj hastighed som først begynder at aftage ved 18-års alderen. Vi ved da allerede, at når ritalin puttes ind i disse hjerner, vil det medføre forandringer af hjernen. For mig at se, skal man overveje omhyggeligt, hvad man ellers kunne gøre, før man giver stærk medicin, som kan have multiple virkninger på både hjernens struktur og dens kemi. Der er allerede lavet undersøgelser som viser, at børn med ADHD bliver prædisponerede til at udvikle afhængighed af kokain som unge voksne. Når man stopper med ritalin eller med antidepressiver, får børnene/de unge en reaktion ("withdrawal symptoms"), som kan være meget alvorlig. Hvad der nu sker er, at medicinalindustrien kører frem med et nyt marketing gag for et produkt kaldet Adderall, som skal erstatte ritalin. Ritalin er slemt, men det her er endnu værre.

Hvad angår behandling med Prozac i adolescent-perioden, må man konstatere forskellige alvorlige bivirkninger, bl.a. nedsættelse af seksuallysten. 80% af adolescentperiodens tid går jo med enten at tænke på eller tilfredsstille seksuelle lyster. De fleste som får denne medicin, eller i hvert fald godt halvdelen, indrømmer at deres seksuallyst er vigende. Men man kan også se en del eksempler på, at folk som konsekvens af denne medicin udvikler et stort og sært behov for hele tiden at skulle bevæge sig. En slags besættelse af at skulle bevæge sig, som i ekstreme tilfælde kan medføre voldsomheder som mord og selvmord. På konferencen vil der være en ung mand, som har slået et andet menneske ihjel. Han fortæller, at han på et tidspunkt følte, at han måtte gøre noget drastisk ved sin bevægelsestrang og rastløshed. Han mente, at han blev nødt til at dræbe et andet menneske for at stoppe rastløsheden.

Noter og litteratur:

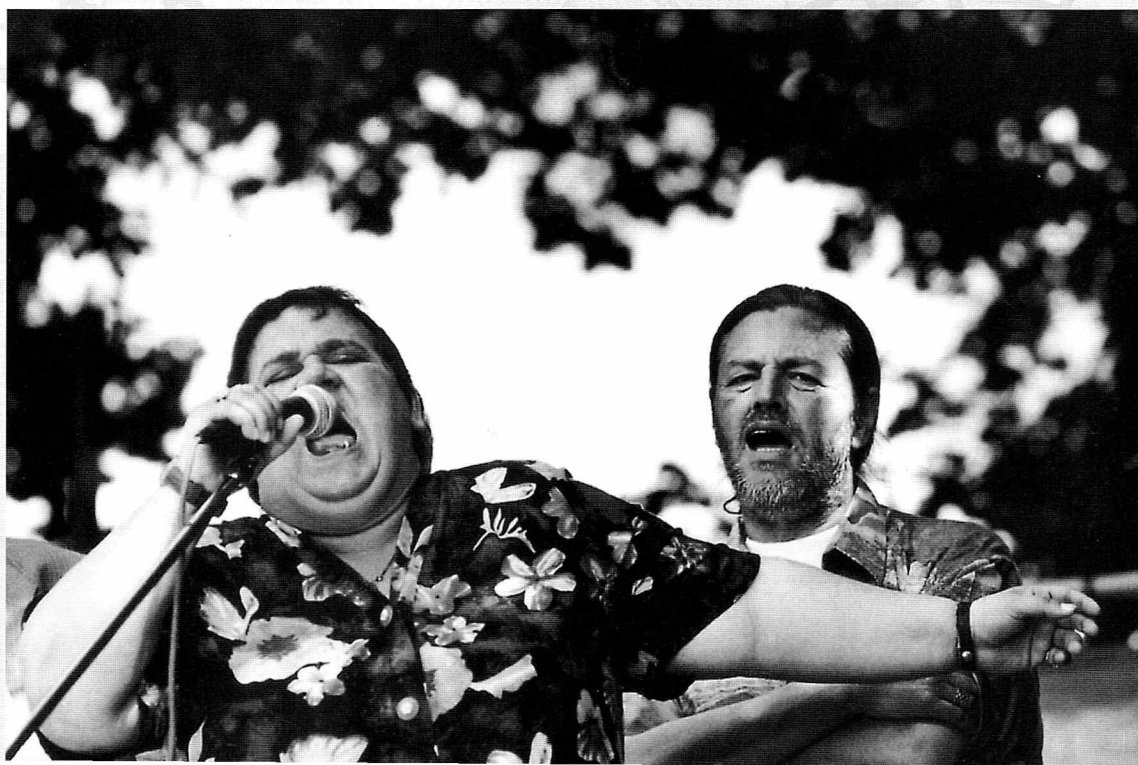
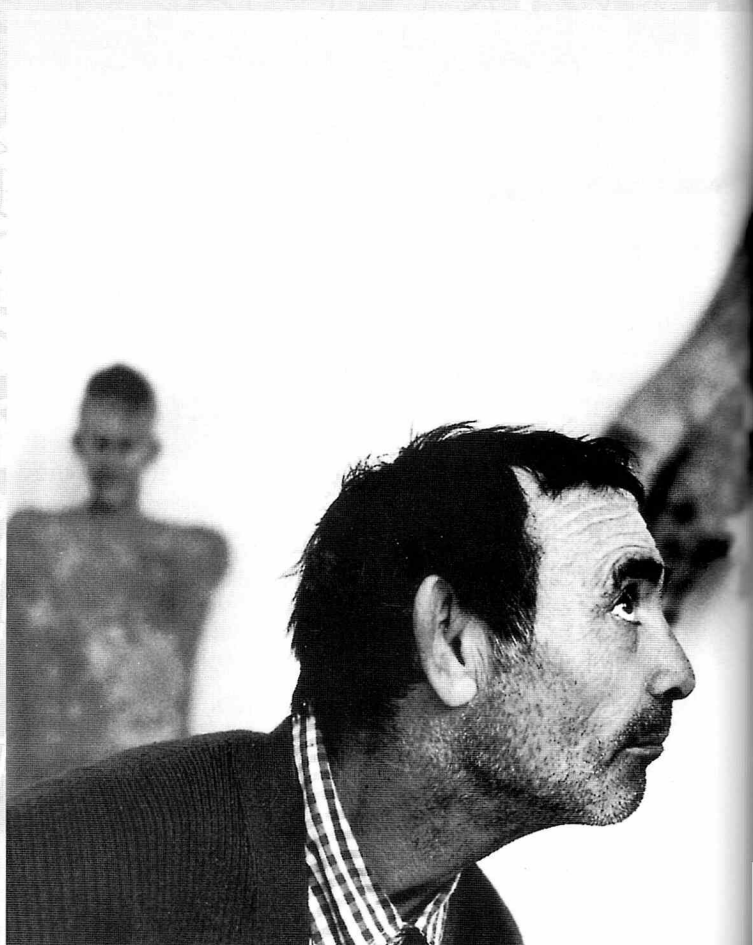
1. Loren Mosher og Lorenzo Burti: *Community Mental Health. A Practical Guide*. Norton 1994, 1989. Dansk oversættelse: *Samfundspsykiatri*. Reitzels Forlag 1996.
2. Joseph H. Berke: *Mary Barnes: To beretninger om en rejse gennem sindssygen*. 1972.
Mary Barnes fortsatte efter sit knapt femårige ophold på Kingsley Hall med at interessere sig for "huse som terapi". I 1987 lykkedes det hende således at starte et terapeutisk fællesskab kaldet "Shealin Trust" i Glasgow. Denne periode af hendes liv er beskrevet i den selvbiografiske bog "Noget helligt", oversat til dansk af Pia Juul på forlaget Rhodos i 1995.
3. Danskeren Michael Münchow har boet i London og været tæt på Philadelphia Association og nogle af deres bofællesskaber. Se: Michael Münchow: "Huse som terapi". *Social Kritik* 24/93, s.138-145.
4. David Cooper: *Psykiatri og antipsykiatri*. Paludans fiolbibliotek 1971 (1967).
Forholdet mellem Cooper og Laing er beskrevet af en af Philadelphia Association's husterapeuter, jvfr. Chris Oakley: "Farlige forhold. Den rivaliserende lighed mellem David Cooper og R.D.Laing." *Social Kritik* 24/93, s.146-155.
5. Loren Mosher har beskrevet sin relation og gæld til Laing i: Bob Mullan (ed.): *R.D. Laing: Creative Destroyer*. 1997.
6. R.D. Laing og A. Esterson: *Sanity, Madness, and the Family. Families of Schizophrenics*. Tavistock Publications 1964.
7. På en helt anden måde end Laing, var Basaglia en "politisk psykiater". Han gik langt udenom småeksperimenter som Kingsley Hall til fordel for politiske ambitioner om at reformere hele det italienske psykiatriske hospitalssystem. Sammen med den tværfaglige og tværpoltiske organisation "Demokratisk Psykiatri" gik han frontalt til angreb på det psykiatriske hospital, som værende i sig selv sygdomsfremkaldende. Hans kampskrift fra 1968, "L'istituzione negata", findes i en svensk oversættelse: "Ned med den institutionelle psykiatri!" Bokforlaget PAN/Norstedts 1971.
8. I San Diego, tæt på den mexicanske grænse, har Loren Mosher indtil for nylig været leder af San Diego County's "samfundspsykiatri" (Community Mental Services - i USA er det ikke ualmindeligt at storbyer har status af amt).
Systemet i San Diego, med sine ca. tre millioner indbyggere Californiens næststørste by, baseres for 40 procents vedkommende på tjenesteydelser leveret af amtet selv og de ansatte derfra. De sidste 60% leveres i forskellige udlancerede og privatiserede former.
Telecare er en stor privat profitbaseret virksomhed, som med succes har budt ind på forskellige former for service i amtet. Bl.a. et såkaldt "access"-program, som prøver at holde folk fri af de psykiatriske afdelinger. Ifølge Mosher ligner det PACT-programmet, bortset fra at det er mere humant og ikke så medicin-fikseret.
Mosher ser i øvrigt ikke noget problem i, at man driver en forretning med god service, som man tjener penge på. Hvad angår de enkelte programmer, går hans skelnen på, om programmernes indhold er i orden, ikke om det er profit eller nonprofit-programmer: "Amtet har jo et ganske godt indblik i, hvad der foregår. Og kan nåsomhelst stoppe kontrakten med deres leverandører."
Dog mener Loren Mosher, at San Diego County på et punkt har dummet sig. Politikerne har således overladt den administrative ledelse og management til en privat organisation bestående af tre forskellige firmaer (United Behavioural Health). Hvilket ifølge Mosher har betydet opbygningen af et stort papirvælde og bureaukrati, primært begrundet i at alt skal begrundes og dokumenteres, kvalitetssikres, måles o.s.v.
Det bedste ved San Diego-systemet er ifølge Loren Mosher seks krisehuse, som på flere måder ligner Soteria-modellen. De er små og hjemmeagtige med 12-15 senge, hvilket er lidt større end Soteria. Og de anvender medicin, bl.a. fordi der altid er en psykiatrisk sygeplejerske på arbejde, men de ligner ikke hospitaler.
Disse seks huse, med ialt 85 pladser, er beliggende rundt omkring i San Diego i nær kontakt med de lokale miljøer. Og udgør ifølge Mosher et effektivt alternativ til hospitalisering. Han fremhæver især huset Balboa, et skønt beliggende historisk og yderst velholdt hus (som også intervieweren har besøgt).
De seks "krisehuse" er privat drevne af nonprofit organisationen "Community Research Foundation", hvis leder er psykologen Hobi Hawthorne. Ifølge Mosher er det der gør disse huse gode, omend i varierende grad, at organisationen som driver dem ledes af en sand ildsjæl, som er virkeligt engageret i opgaven at levere god behandling. Hans personlige og faglige kvaliteter, og det personale han udvælger, gør disse steder gode. Telecare har ikke noget med husene at gøre, udover at de henviser klienter.
9. Psykiateren, professor Johan Cullberg er leder af det såkaldte "Fallskärmsprojekt" i Stockholm. 19 psykiatriske behandlingssteder i Sverige deltager i projektet, hvor unge førstegangsdiagnosticerede psykotiske mennesker i stedet for den traditionelle psykiatrisk-medicinske behandling modtages i små Soterialignende enheder med lav eller ingen medicinering. I stedet tilbydes psykoterapi, individuelt og/eller familierapi.
10. Mosher anser mobile 24-timers kriseteam som kernen i al samfundspsykiatrisk arbejde, jvfr. hans og Burti's bog ("Samfundspsykiatri", s.129 ff.). Hvilket altså ikke nødvendigvis indebærer en indholdsside domineret af medicinering. I bogen trækkes på de praktiske erfaringer fra Burti's virke i Verona med kriseintervention i hjemmet, bl.a. indholdsmæssigt inspireret af den systemiske tilgang som den kendes fra den såkaldte Milanoskole.
11. PACT-modellen er identisk med den i Danmark lancerede ACT-model "Assertive Community Treatment". Eller som det også er kommet til at hedde: "opsøgende psykoseteam", jvfr. Per B.Vendsborg m.fl.: "Opsøgende psykoseteam. Assertive Community Treatment. En medicinsk teknologivurdering". Institut for Sundhedsvæsen. DSI rapport 99.06.
12. Ken Silverstein i "Mother Jones" Nov./Dec. 1999.
13. DSM står for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Den amerikanske psykiatriske diagnoseklassifikation, som nu foreligger i fjerde udgave fra 1994. Og som i vid udstrækning er blevet bragt i overensstemmelse med WHO's internationale diagnoseklassifikation ICD-10. Med bl.a. den konsekvens, at vi også her i Danmark, efter amerikansk mønster, har fået lidt mere af det hele fra den psykiatriske menu.
En grundlæggende kritik af denne "psykiatriske retorik" leveres af Herb Kutchins og Stuart A. Kirk: *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. N.Y. 1997. London 1999.
14. Jvfr. neurovidenskabsmanden Elliot S. Valenstein's veldokumenterede bog "Blaming the Brain: The Truth about drugs and Mental Health." 1998.

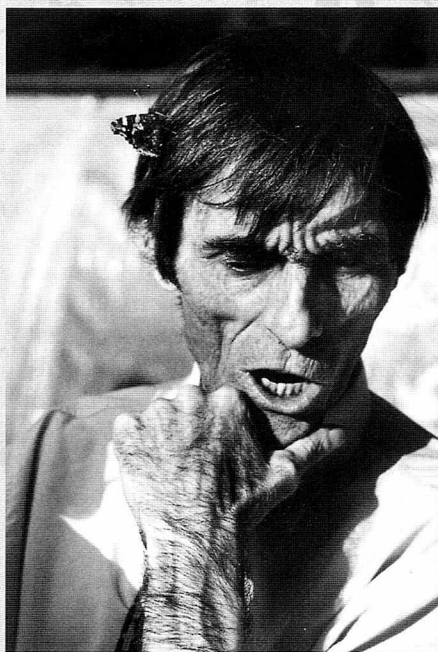
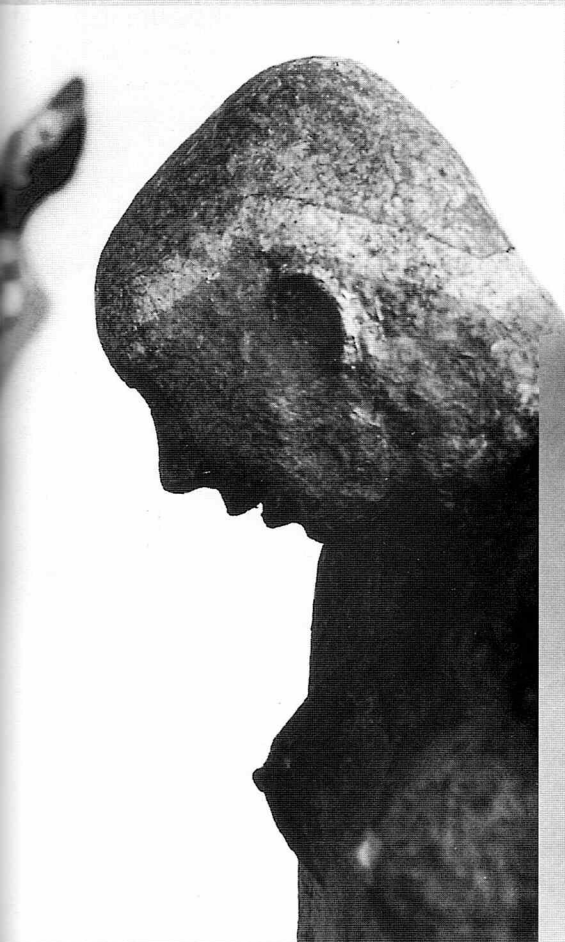
Loren Mosher's ophold i Italien, bragte ham i kontakt med fotografen Enzo Cei. Og de billeder denne tog fra det psykiatriske hospital Maggiano, Lucca i lukningsperioden 1995-1999, er med forord af Mosher, som sammen med fotografen tager en på samme tid vemodig og lykkelig afsked med den toscanske anstalt.

Vemodig, fordi den menneskelige værdighed, selv indenfor rammerne af et "monster of social control" som den psykiatriske anstalt, er ukuelig. Lykkelig, fordi hele denne nu overståede ekskluderende anstalt epoke kan sammenfattes i sætningen "man is not kind to man". Og ses i et langt humanistisk reformperspektiv, hvor social inklusion er målet og hvor "man is kind to man".

Italien er et af de lande, som er gået mest radikalt ind i den sociale proces, som det er at integrere de sindslidende. Så fortjenstfuldt, at Loren Mosher afslutter sit forord med et "Viva Italia!"

Enzo Cei: Vite/Lives. Folia e fotografia: cronaca di una svolta/Photography and madness: chronicle of a turning point. Regione Toscana. Marsilio 1999. SBN 88-317-7203-1.





FOTOS ENZO CEI