Psykotisk angst i Grønland

Oplevelser og mening

Francisco Alberdi[1] og Jesper Nørgaard Kjær[2]

Resume

Artiklen fokuserer på forskellige måder at opleve og give udtryk for psykotisk angst i Grønland. I artiklen forsøger vi at nærme os en forståelse af patienternes oplevelser i bred forstand, som meningsskabende og lidende mennesker. I denne bestræbelse benytter vi os af den fænomenologiske, psykoanalytiske og eksistentielle psykologiske forståelsesramme. Vi understreger de betydelige forskelle såvel som de fundamentale ligheder, som findes mellem det psykotiske og det ikke psykotiske menneske. Vi argumenterer imod påstanden om, at kun patienten i sin helhed som person kan være psykotisk, og ikke symptomerne som sådan. Derimod mener vi, at patienterne i deres menneskelighed er meget mere sammensatte og rigt facetterede, end deres psykotiske symptomer lader antyde.
I en efterfølgende artikel vil vi placere patienternes oplevelser i deres sproglige, kulturelle og historisk kontekst.

Nøgleord: Psykotisk angst, Grønland, fænomenologisk, psykoanalytisk og eksistentiel psykologisk forståelse.

1. Francisco Alberdi, overlæge, Psykiatrisk afdeling, Dronning Indrids Hospital, Nuuk, Grønland. alberdi_olano@dadlnet.dk
2. Jesper Nørgaard Kjær, speciallæge i psykiatri, Forskningsenheden for Psykoser, Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien, Aarhus N, Danmark. Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, Aarhus C, Danmark. jespka@rm.dk

Summary

The article focuses on different experiences and expressions of psychotic anxiety in Greenland. We present a comprehensive understanding of the patients` experiences as meaning creating and suffering. In this attempt, we make use of the phenomenological, psychoanalytical and existential psychological framework of understanding. We emphasize the significant differences as well as the fundamental similarities between the psychotic and the non-psychotic person. We argue against the claim that only the patient as a person can be psychotic and not the symptoms as such. On the contrary, we believe that the patients in their humanity are much more complex and richly faceted than their psychotic symptoms suggest.

In a following article, we identify the patients` experiences in a linguistic, cultural and historic context.

Keywords: Psychotic anxiety, Greenland, phenomenological, psychoanalytical and existential psychological framework

Introduktion

Psykoserne, og i særlig grad de skizofrene psykoser er psykiatriens egentlige eksistensberettigelse. Forståelsesmodellerne, for hvad psykoserne egentlige er, og hvordan de skal behandles, har i de seneste 100 år skiftet mellem overvejende neurobiologiske, psykologiske og sociokulturelle modeller.

Ved WHOs projekt Collaborative Studies of schizophrenia (IPSS, DOSMeD og ISoS) sammenlignede man i perioden 1970-1990 skizofreni og skizofreniforme psykoser på tværs af kultur i 10 forskellige lande, heriblandt Danmark. En vigtig konklusion blev at kulturen spiller en betydningsfuld rolle i de skizofrene psykosers forståelse, symptomatologi, forløb og prognose (Hopper, 2004).

I de seneste 30 år har psykiatrien bevæget sig i neurobiologisk retning. En vigtig konsekvens af udviklingen har været tilbagevenden til en af psykiatriens basale antagelser om psykotiske lidelser som værende abnorme, irrationelle og radikalt uforståelige sindstilstande (Jaspers, 1963). En antagelse som efterlader patienterne som passive ofre for uforståelige sindstilstande og behandlerne uden mulighed for empatisk samklang med patienten.

Hvad angår Grønland, foreligger Inge Lynges pionerarbejde som kulminerede med hendes disputats, som bygger på den transkulturelle psykiatris vægtning af den grønlandske kulturs betydning for de psykiatriske lidelsers fremtræden i landet (Lynge, 1997). Konklusionen vedrørende skizofreni var, at Grønland på undersøgelsestidspunktet viste en høj incidens i forhold til Danmark, og at lidelsen medførte en høj selvmordsrate og et svært kronisk forløb. Forfatteren formulerede i den forbindelse et fortsat ubesvaret spørgsmål: "Hvorfor er prognosen for skizofreni blandt grønlandske patienter så dårlig?

Denne artikel baserer sig på den psykiatriske konceptualisering af psykoserne ifølge ICD-10. Vægten bliver dog ikke lagt på lidelsernes klassifikation men på forståelse af patienternes subjektive oplevelser. Efter en afgrænsning af psykose og angst som psykiske fænomener vil vi se på, hvordan de udtrykker sig hos udvalgte grønlandske patienter med forskellig psykopatologi og livsbetingelser. Formålet med artiklen er at belyse, hvordan disse patienters psykotisk angst kan forstås i lyset af den fænomenologiske, psykoanalytiske og eksistenspsykologiske forståelsesramme.

I en efterfølgende artikel vil vi placere patienternes oplevelser i deres sproglige, kulturelle og historisk kontekst (Alberdi, Kjær. 2024).

Psykose

Psykose og angst er to af de vigtigste tilstande i psykiatrien, som udover at dele en lang fælles historie også deler en vanskelig afgrænsning. Hvad angår psykosebegrebet vil vi her basere os på Josef Parnas' begrebsafklaring (Parnas, 2008).

Psykosen defineres her som en særlig konstellation af psykiske træk, et syndrom. I daglig klinisk sammenhæng anvender man begrebet psykose, som en gennemgribende abnorm tilstand, der forandrer hele personligheden med realitetstabet som det centrale kriterium. I ICD-10 er psykose ikke klart defineret, men man taler i stedet om psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger, tanke- og styringsoplevelser m.m., som berettiger diagnosticering af skizofreniforme, affektive eller organiske psykoser.

I dansk psykiatrisk sammenhæng kræver psykosediagnosen, at den lidende har mindst et af de i ICD-10s nævnte symptomkomplekser. Begrebet er beskrivende

og har ætiologisk og klinisk en meget heterogen baggrund og fremtræden. Dette kan være medvirkende til, at det centrale spørgsmål om, hvad psykosen egentlige er, hvad det vil sige at lide af en psykotisk tilstand, ikke kan udledes af de diagnostiske manualer (Parnas, 2008).

Man kan kort sige at psykosen grundlæggende er udtryk for en ekstrem sindstilstand, en selvforstyrrelse, hvor oplevelsen af stabilitet og konsistens i oplevelsen af sig selv og omverdenen bliver brudt. Følgen af dette brud er, at forståelsen af sig selv og omverdenen adskiller sig radikalt fra andre menneskers oplevelser og opfattelser.

Psykosebegrebet hører sammen med en række beslægtede begreber, hvor de væsentligste er *virkelighed, realitetsbevidsthed og realitetsopfattelse* (Parnas, 2008).

Det virkelige er noget som eksisterer uafhængigt af vores mentale liv. Vi opfatter den materielle verden som prototypen for virkelighed, men virkeligheden er ikke en neutral foreliggende fysisk størrelse, som vi kan tilegne os og tilskrive mening. Objekterne fremtræder altid i en historisk og kulturel kontekst. Den materielle virkelighed er derfor utilstrækkelig til at beskrive sociale former for virkelighed. Virkeligheden er derved et komplekst menneskeligt fænomen med subjektive aspekter, intersubjektive dimensioner og sociokulturel relevans og meningsfuldhed. Disse meningshenvisninger skaber en usynlig referenceramme, som garanterer mening, "en verden som er bekendt, fortrolig, hverdagsagtig, trygt og social" (Parnas, 2008).

Realitetsbevidsthed eller realitetssansen er en latent ikke bevidst fornemmelse eller følelse af at eksistere i en fælles verden, en implicit oplevelse som melder sig automatisk uden refleksive overvejelser. Den enkeltes realitetsbevidsthed kan forstyrres af en række abnorme perceptuelle, emotionelle, kognitive eller somatiske oplevelser.

Realitetsopfattelsen er derimod ikke en følelse men en kognitiv refleksiv operation, en forholden sig kritisk og eksplicit dømmende til virkeligheden. En refleksiv perspektivering – realitetstestning - med det formål at korrigere vores mulige fejlagtige antagelser om virkelighed i forhold til konteksten.

Forstyrrelser i realitetsbevidsthed vil føre til svigtende realitetsopfattelse.

Oplevelsen af grænsesløring mellem jeg'et og andre vil for eksempel skabe usikkerhed om tankernes eller følelsernes ophav og bane vejen for vrangforestillinger om ydre påvirkninger eller transitivistiske oplevelser.

Kort sagt, "det fænomenologiske *psykosebegreb* indikerer, *at personens realitetsopfattelse*, dvs. opfattelse af sig selv, andre eller omverdenen er væsentlig forskudt (for-rykt) i forhold til det *kontekstuelt og intersubjektivt* (socialt, normativt) *acceptable*" (Parnas, 2008). Personen og den sociokulturelle kontekst inddrages derved i definitionen.

Angst

På samme måde som psykose er angst et omstridt begreb med skiftende betydninger. De dominerende opfattelser har de seneste 200 år været den kliniske psykiatrisk-psykologiske og den filosofiske opfattelse. Mens den første synsvinkel fokuserer på den sygelige angstoplevelse, som medfører psykisk smerte og mangelfuld evne til at tage vare på sig selv og sit sociale liv, fokuserer den anden på den normale angstoplevelse. Det vil sige som et grundvilkår og en grundstemning, som opleves ubehagelig, men som kan medvirke til den personlige bevidstgørelse og psykologisk modning. Grænsen mellem disse to hovedopfattelser har altid været vanskelig at drage, specielt i psykiatrien hvor patienternes emotionelle oplevelser er et af de grundlæggende elementer i psykopatologien. Angst blev først en del af psykopatologien i midten af det 19. århundrede under indflydelse af Kierkegaards adskillelse mellem angst og frygt. I forlængelse heraf har en række filosofiske opfattelser af angstens plads i menneskelivet haft betydning for udviklingen af kliniske og terapeutiske retninger i psykologien og psykiatrien.

Inden vi ser på, hvordan disse forskellige synsvinkler kan bidrage til forståelse af angstens udtryk i psykopatologien, vil vi kort beskrive angsten i neurobiologisk perspektiv.

Angst i neurobiologisk perspektiv

En vigtig adskillelse i neurobiologisk perspektiv er forskellen mellem *frygt, angst og panik*. I dyreeksperimentale undersøgelser taler man om *frygt* for at beskrive dyrenes reaktioner på en umiddelbar og aktuel fare, mens man taler om *angst* (anxiety) i forbindelse med dyrenes tvetydige og usikre tilnærmelses/undvigelses

reaktioner ved en potentiel men ikke umiddelbar fare. Samme adskillelse mellem frygt og angst bruger man i moderne diagnosesystemer som DSM-5.

Frygt er i dyreksperimentelle undersøgelser en velafgrænset reaktion på en umiddelbar fare (flugt, kamp eller psykomotorisk lammelse). Anderledes forholder det sig med *angst*. Reaktionerne ved en potentiel, men usikker og ikke umiddelbar fare, er i dyreeksperimentale undersøgelser karakteriseret ved tvetydige tilnærmelses-/undvigelses reaktioner. Formålet med disse angstreaktioner menes at være at minimere risikoen for potentielle og uforudsigelige farer. Hos mennesket findes et utal af fysiske, psykiske eller sociale situationer, der uden at repræsentere en aktuel umiddelbar fare kan forbindes med en forøget potentiel risiko. Det, der karakteriserer mennesket, er netop dets eksistentielle usikkerhed og dets konstante stillingtagen til personlige, interpersonelle og sociale dilemmaer.

Panikangst og dens relation til frygt og angst-problematikken er et omdiskuteret emne i neuroaffektive kredse. Den bedst anerkendte teori påstår, at panikanfaldene udløses af et oversensitivt frygtsystem (LeDoux, 1966). I følge en anden teori sættes panikangst i relation til et pludselig tab og aktivering af det basale PANIC-*SEPARATIONS* system (Panksepp, 2004).

Som det fremgår af ovenstående, er det svært at adskille frygt, angst og panik som diskrete neurofysiologiske fænomener. Forsøget hviler på antagelsen om, at det er muligt at afgrænse og lokalisere diskrete emotioner til specifikke cerebrale områder eller netværk. I de senere år har man forkastet disse lokalisationsforsøg, og i stedet for at søge efter "hvorfra i hjernen" emotionerne udspringer, har man ændret fokus til forståelse af, "hvordan" hjernen skaber emotioner og deres somatiske reaktioner under forskellige betingelser, den såkaldte konstruktionistiske emotionsteori (Barrett, 2018). Under alle omstændigheder er der enighed om, at mange af de aktiverede cerebrale områder ved frygt, angst og panik er fælles for alle tre tilstande.

Kort opsummeret er angst en sammensat følelse ved potentielle men ikke umiddelbare farer med ledsagende fysiologiske reaktioner, bestemte tanker og adfærdsreaktioner. Vi vil senere se på den filosofiske opfattelse af angst som et grundvilkår og en konstituerende egenskab ved mennesket.

Tre cases

Inden vi går videre præsenteres anonymiserede beskrivelser af tre grønlandske patienter med både udtalt angst og psykotiske symptomer.

Case 1

Patienten blev 20 år gammel indlagt for første gang på psykiatrisk afdeling i Nuuk på grund af psykotiske persekutoriske forestillinger og selvmordstanker. Han stammede fra en mindre bygd i Nordgrønland, hvor han havde haft en normal barndom og skolegang. I en alder af 13 år begyndte han at gå på jagt og fiskeri sammen med sin onkel. Han lærte lidt efter lidt erhvervet som fanger og fisker og kunne i en alder af 17 år klare sig selv og den lille families økonomi. Han boede alene med sin mor og havde flere fætre og kusiner i bygden. Kontakten med far, som boede i en større by på kysten, var sporadisk.

Et halvt år inden indlæggelsen begyndte han at få sære oplevelser. Han fortalte senere, at han begyndte at føle sig meget utryg og bange uden klare grunde. En aften da hundene skulle fordres - han havde et hundespand på tyve hunde til både jagt og slæderæs - fik han en stærk fornemmelse af, at specielt en af hundene stirrede på ham med onde øjnene. Han blev rædselsslagen og overbevist om, at hunden måtte være besat af onde ånder. Han fortalte om oplevelsen til sin onkel, som prøvede at berolige ham og overbevise ham om, at det ikke passede, at det hele var indbildning, og at der ikke var grund til at være bange. Oplevelsen blev dog mere og mere påtrængende, det bredte sig til flere hunde, og efterhånden bredte angsten sig til andre steder i bygden. Han kunne ikke finde ro nogen steder, spekulerede på om han havde gjort noget forbudt, begyndte at se flygtige "skygger" og at føle sig kontrolleret og forfulgt. Først af dem som boede i nabohuset og siden af flere andre af bygdens beboere. Både mor, onkel og naboerne benægtede at forfølgelsen fandt sted, men det bekræftede ham bare i visheden om, at være offer for en sammensværgelse, hvis mål var at slå han ihjel. Han turde ikke længere at gå på fjordfiskeri med hundene, var konstant rædselsslagen i bygden, gemte sig på sit værelse og blev til sidst overbevist om, at politiet kom efter ham hver gang helikopterne fra Greenland Air fløj over bygden.

Ved en samtale med patientens mor via Teams, gav hun en meget detaljeret beskrivelse af lidelsens udvikling, samt af hendes egne tanker og af den tilstand af uforståenhed og rædsel, som bredte sig fra patienten til hende under forløbet. Hun fortalte detaljeret om sønnens oplevelser og udtalelser om onde ånder,

skræmmende "skygger" og forfølgende naboer, som han kunne høre, tale negativt om ham igennem væggen. Om en stemme som sagde til ham, at han havde gjort noget forbudt og skulle begå selvmord, om hans tiltagende frygt og uro, indesluttethed og isolation. Han sov mindre og mindre, ville ikke tale med nogen, heller ikke med hende og ville spise alene på sit værelse. Han virkede meget skræmt, og når hun forsøgte at tale med ham om hans tanker og oplevelser, reagerede han med voldsom gråd eller råben og vredesudbrud, noget som var totalt fremmed hos ham tidligere. Han havde altid været en rolig og omsorgsfuld ung mand overfor både mor og overfor resten af familien. Det hele havde udviklet sig i løbet af det sidste ½ år, mente hun.

Allerede dagen efter indlæggelsen sagde patienten, at han følte sig tryg i afdelingen og ikke længere var bange for forfølgere eller onde ånder. Han fremstod venlig og imødekommende, og i de efterfølgende dage fortalte han detaljeret om oplevelserne. Han vedkendte sig sin egen og mors beskrivelse af sin tilstand forud for indlæggelsen, men gentog til personales undren, at han følte sig tryg nu og ikke længere havde samme oplevelser. Han accepterede at have været syg det sidste ½ år og tog imod behandling med en mindre dosis antipsykotisk medicin, som han indtog uden problemer.

Stemningsmæssigt virkede han noget nedtrykt og bekymret men ikke dybere deprimeret. Han faldt godt til i afdelingen og kontakten med medpatienterne og personalet i de efterfølgende uger var god og naturlig. Efter en måneds yderligere observation og behandling, hvor han ikke frembød noget psykisk abnormt udover den forståelige bekymring for fremtiden, blev han udskrevet til fortsat ambulant behandling. Både patienten og moren deltog i en følelsesladet afsluttende samtale via Teams, hvor deres indbyrdes bekymring og omsorg for hinanden var så fremtrædende, at ikke kun de men også personalet havde svært ved at holde tårerne tilbage.

Ved en ambulant kontrol to år efter udskrivelsen viste det sig, at han allerede et par måneder efter udskrivelsen var holdt op med at tage den medikamentelle behandling. Han boede fortsat sammen med sin mor, klarede familiens økonomi uden problemer ved hjælp af fangst og fiskeri og udviste ingen tegn på psykotiske symptomer. Under en festtur med nogle kammerater i den nærmeste større by havde han året forinden oplevet at få det psykisk dårligt efter indtagelse af hash. Følte at verden forandrede sig. Han blev voldsomt skræmt og havde ikke røget hash siden. Under samtalen var han venlig, tillidsfuld og åben i kontakten.

Case 2

Patienten blev indlagt første gang på psykiatrisk afdeling 19 år gammel på grund af tanker om at begå selvmord og at slå andre mennesker ihjel. Patientens livshistorie var præget af vold, omsorgssvigt og udtalt utryghed helt fra barnsben. Begge forældre drak og var voldelige over for hinanden og børnene. To år gammel blev patienten fjernet fra familien og anbragt hos en plejefamilie. Efter et nyt, mislykket forsøg på anbringelse hos en anden plejefamilie kom han på det lokale børnehjem og havde siden kun sporadisk kontakt med sin familie. Skolegangen var præget af adfærdsvanskeligheder og meget dårligt fagligt udbytte. Han havde hyppige konflikter med lærere og kammerater. Han kom hurtigt i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien, som diagnosticerede adfærdsvanskeligheder, mistænkte ADD/ADHD, og der var tegn på udtalt emotionelt svigt i barndom. Under forløbet i børne- og ungdomspsykiatrien mislykkedes flere sociale tiltag.

18 år gammel kunne han ikke længere bo på børnehjemmet og flyttede til en ungdomshybel. I det efterfølgende år fik han tiltagende psykiske og sociale vanskeligheder, med en kombination af hash og alkoholmisbrug og hyppige konflikter i bygden, som resulterede i kontakt med politiet på grund af vold og trusler om vold. På et tidspunkt begyndte han at give udtryk for udtalte selvmordsimpulser og homocidale tanker, hvorfor politiet foranstaltede, at han blev undersøgt af den lokale regionslæge som indlagde han på psykiatrisk afdeling på mistanke om akut psykose og suicidal-homocidal fare.

Patienten blev frivilligt indlagt til observation, og ved de indledende samtaler var patienten total tavs, med nedsat mimik, sparsom øjenkontakt, garderet kropsholdning samt afvisende i kontakten både over for personale og medpatienter. Adspurgt om de suicidale tanker og impulser sagde han ikke noget, eller han svarede mimisk med et diskret løft af øjenbrynene, et kendt grønlandsk mimisk udtryk med dobbelttydighed, ”lad vær med at spørge, jeg ved det ikke, kan ikke svare”. I de efterfølgende dage forblev han total tavs og afvisende i kontakten og tilbragte meget af tiden alene på sit værelse. Patientens emotionalitet eller følelsesmæssige udtryk var svære at tyde. For det meste udviste han en fattig mimik og uforandret ansigtsudtryk, som sammen med tavsheden og den sparsomme blikkontakt blev tolket som udtryk for flad affekt. I perioder udviste han dog en hel anden stemning, som skabte udtalt angst og en frygt for, hvad han kunne rumme af homicidale og destruktive impulser. Hans blik blev da stirrende, og personalet udtrykte, at han fik et mørkt eller sort blik,

som virkede truende og skræmmende. Patientens udtalte tavshed og uudgrundeligt blik fremkaldte udtalt angst hos personalet, som blev forstærket af fortsatte usikre bedømmelser med Brøset Violence Checklist.

I løbet af de første par ugers observation svarede patienten enkelte gange bekræftende på spørgsmål, om at han kunne høre stemmer. Tilstanden blev opfattet som udtryk for psykose og en mulig begyndende skizofreni på baggrund af de mulige katatone træk og de fattige emotionelle reaktioner, trods det fattige udtryk for positive psykotiske symptomer. Patienten blev tilbudt antipsykotisk medicin i langsomt stigende doser, som han tog imod uden modstand. Efter en måneds behandling var tilstanden uforandret. I de efterfølgende to måneders behandling blev han lidt mere meddelsom overfor kontaktpersonen, og han bekræftede at være hørehallucineret med konstante påbud om at begå selvmord. Han var ikke i stand til at beskrive karakteren af hørehallucinationerne nærmere. Patienten fortsatte behandlingen i endnu en måned og blev derefter udskrevet til hjembygden med aftale om fortsat medikamentel behandling.

Ifølge distriktssygeplejersken passede patienten behandlingen, men han begyndte hurtigt igen at misbruge hash og alkohol. Tre måneder efter begik ham alvorlig vold i bygden, og han blev indlagt i henhold til Psykiatriloven og overført til retspsykiatrisk afdeling i Danmark til fortsat behandling.

Case 3

Patienten, en 52-årig mand født og opvokset i en bygd i Midtgrønland, var yngste barn af 5 søskende i en traditionel grønlandsk fanger-fisker familie. 2 år gammel blev han ”givet bort som gave” til en barnløs moster og onkel. Han havde altid haft det godt hos sin moster og onkel men han angav at have haft et vanskeligt forhold til sin mor og søskende, som boede i samme bygd.

Efter endt skolegang arbejde han som fisker på de store trawlere langs kysten, indtil han blev arbejdsløs efter en arbejdsulykke et år inden indlæggelsen. Han havde i sin ungdom haft en fast kæreste, men forholdet gik i stykker, og han havde siden kun haft sporadiske eller korte forhold. Han havde ingen børn og boede alene i et lille hus i bygden. Han havde altid været religiøs, deltog aktiv i den lokale frikirke og følte sig meget knyttet til menigheden.

Nogle måneder inden indlæggelsen begyndte patienten at blive vredladen og

afvisende i bygden. Han isolerede sig fra menigheden og begyndte at tale om, at han blev plaget af "skygger", og at det lugtede råddent fra hans kælder. Han turde efterhånden ikke sove i huset, da han begyndte at høre skræmmende lyde, som kom fra kælderen. På et tidspunkt gik han med bankende hjerte ned i kælderen og så i mørket tre afskårne hoveder af moskusokser, hvoraf den ene af dem var ved at gå i forrådnelse. Han blev rædselsslagen og forsøgte at løbe op ad kældertrappen men blev forhindret af et glødende søm på trappen, som han forsøgte at fjerne, og som brændte ham i hånden.

Adspurgt om, hvordan hovederne og det glødende søm var kommet ned i kælderen, svarede han roligt og med overbevisning, at det måtte være Djævlens værk. Han havde altid valgt Guds side i kampen mellem det gode og det onde, og nu ville Djævlen hævne sig. Han konstaterede siden hen, at flere naboer øjensynligt også var i ledtog med Djævlen imod ham.

Patienten var rolig i afdelingen, virkede ikke angst eller anspændt, relaterede sig åbent til medpatienter og personale, og selv om han fastholdt opfattelsen af, at oplevelserne i bygden var reelle og ikke på nogen måde tegn på sygdom, tog han frivilligt imod behandling med et antipsykotisk præparat i vanlig dosis. Efter udelukkelse af mulig neurologisk sygdom fortsatte han med behandling i yderligere en måned og blev derefter udskrevet til fortsat medikamentel behandling via den lokale distriktssygeplejerske.

Trods fortsat medikamentel behandling blev patienten genindlagt et år efter med vage paranoide forestillinger, som involverede naboerne. Han nægtede denne gang hallucinatoriske oplevelser af nogen slags og bekræftede, at han havde genetableret kontakten med sin menighed.

Psykotisk angst i fænomenologisk forståelse

I alle tre cases har vi har søgt at rekonstruere den tidlige udvikling ved patienternes første psykotiske gennembrud. Det er kendt, at denne første periode er karakteriseret ved at være præget af udtalte psykiske forandringer, følelsesmæssig ustabilitet og en grundlæggende følelse af, at noget fundamentalt går til grunde. Det er vigtigt at være opmærksom på, at patienternes oplevelser ville have været ganske anderledes, hvis vi i stedet for at vælge patienterne under deres første psykotiske episode havde valgt patienter med vedvarende skizofreniforme psykoser.

Ved den fænomenologisk beskrivelse af psykoser søger man at beskrive patienternes oplevelser uden forudfattede meninger om biologisk eller psykologisk årsagssammenhæng. I denne forståelse er psykoserne og specielt de skizofrene psykoser udtryk for en forstyrrelse af selvoplevelsen eller jeg-oplevelsen, hvor de ureflekterede underliggende eksistentielle koordinater, individets basale eksistentielle oplevelser af identitet i tid og rum bliver rystet. Der er tale om en global ændring, hvor patienten får en erfaring af en anden dimension ved siden af de empiriske dagligdags oplevelser. Disse oplevelser har karakter af at være noget unikt og personligt, en slags åbenbaring til selvet, noget som manifesterer sig med absolut vished og ikke kan modsiges med argumenter. Disse selvforstyrrelser udtrykker sig blandt andet ved patientens såkaldte "dobbelt bogholderi", hvor patienten eksisterer samtidigt i to virkeligheder, den fælles og patientens private virkelighed. (Parnas, 2021).

Det er kendt at disse forstyrrelser i selvoplevelsen er flygtige under psykosens første faser og svære at udtrykke sprogligt. Specielt i den akutte fase er tvivl, selvmodsigelser og tavshed således karakteristiske træk i patienternes forsøg på at udtrykke oplevelserne (Sass, 1992).

Ved psykotiske oplevelser som ved alle andre oplevelser af psykisk eller socialt sammenbrud, er det naturligt at både patienterne og deres pårørende gør brug af de sproglige og symbolske redskaber, som deres kultur stiller til rådighed for at skabe en forståelsesramme, og give dem en form for mening. Forståelse af patienternes oplevelser og fortællinger indenfor en bredere symbolsk og kulturel ramme vil derfor i princippet kunne kaste lys over de konstaterede forskelle i lidelsers udtryk og forløb. I forhold til vores tre grønlandske cases ville det være ønskeligt at kunne identificere og sammenstille de kulturelle karakteristikker eller det "kulturelle sprog", som patienterne benytter sig af i forløbet. Det ville forudsætte, at man havde en grønlandsk kulturel hermeneutik til grund for analysen af de enkelte cases. Vi kender kun til begrænsede forsøg på en sådan analyse af den grønlandske kultur. Her vil vi nøjes med at sammenstille patienternes beskrivelser med foreliggende international psykiatrisk litteratur. I den efterfølgende artikel vil vi fremlægge enkelte løse hypoteser om den grønlandske kulturs mulig afspejling i patienternes indre verden.

Fra fænomenologisk side har man delt den psykotiske udvikling i to overordnede faser, den såkaldte "tremafase" og den efterfølgende opklaring eller "Kopernikanske vending" (Sass, 1992). Betegnelsen "trema" hentyder til

skuespillerens lampefeber, den sitrende oplevelse inden han/hun går på scenen. I tremafasen befinder patienten sig i en tilstand af anspændthed, angst og perplexitet, grebet af en uvirkelighedsfornemmelse, en følelse af at verden har ændret sig, er blevet fremmed og uforståelig og samtidigt på paradoksal vis er blevet meget nærværende. Patienten oplever et sammenbrud, en fragmentering af omgivelserne i usammenhængende dele og på samme tid en forbløffelse over tingenes rene væren. Der er ikke tale om angst i dagligdags betydning som en følelse af frygt eller ængstelighed, men mere af angst i Heideggers forstand, som en vedvarende "stemning" af uhygge, som gennemtrænger patientens tilværelse. I næste fase oplever patienten "den Kopernikanske vending", en følelse af afklaring, hvor meningen, sammenhængen og betydningen pludseligt manifesterer sig. Alt bliver nu klart og entydigt på ny.

Den første patient og hans mors beskrivelse af oplevelser svarer nøje til denne fænomenologiske beskrivelser. I vanlig psykiatrisk terminologi kalder man disse faser for den prodromale fase, som afløses af den tidlige og den sene psykotiske faser (Cullberg, 1999). I den prodromale fase melder angsten sig med tiltagende styrke. Hverdagshændelser bliver tegn på noget uforklarlig, og der sker mærkelige ting i omgivelserne, som vedkommende ikke forstår. Patienten oplever at blive nedstirret af førerhunden, bliver bange for at blive angrebet og frygter at en ubestemmelig katastrofe vil indtræde. De følelsesmæssige oplevelser bliver stærkere, frygt og angst bliver til rædsel, og patienten bliver bange for at ødelægge sine nærmeste eller omgivelserne med sin vrede. Han beskytter sig ved at trække sig tilbage og isolere sig. Kombinationen af indre pres og tilbagetrækning kan ved konfrontationer med pårørende eller naboer udløse kraftige følelsesudbrud, gråd eller vredesudbrud, som de pårørende finder mærkelige og skræmmende.
Efterhånden oplever patienten omverdenen ikke blot forandret men stadig mere truende. Han oplever, at dem han møder kigger med stirrende og truende øjne, og fornemmer onde hensigter i det, de gør eller siger. Patientens egen identitet bliver tiltagende usikker, grænsen mellem indre og ydre og mellem selv, og de andre bliver uklar, og han tvivler på, om det, han hører, er hans egne eller andres tanker. Han begynder at høre stemmer og bliver hørehallucineret. Patienten oplever hermed et sammenbrud af den prærefleksiv naturlige væren i verden, og plages af et system af paranoide tanker centreret omkring onde ånder, onde naboer og politiet. Patientens oplevelse af egen vilje og selvkontrol formindskes, og det samme gør hans realitetssans og sociale common sense.

Det næste skridt i processen er det, Conrad betegnede som den "Kopernikanske

vending". Pludseligt fremstår skjulte sammenhænge klart. Alt peger på mig, alt, hvad jeg oplever i verden, handler om mig. De stemmer, jeg hører, bliver forståelige, når jeg opdager, at de stammer fra naboerne, som taler højt fra nabohuset om at slå mig ihjel. Politiet overvåger bygden fra deres helikopter og vil komme efter mig.

I den tredje patients tilfælde blev de skræmmende hallucinatoriske oplevelser i kælderen i psykosens første fase afløst af en altomfattende måde at opleve verden og sig selv på, en kultursynton religiøs oplevelse af personlig deltagelse i en eskatologisk kamp mellem gode og onde magter, hvorfra kommer befalinger om at vælge side og udføre bestemte handlinger. Hvis man trodser dette, vil verden går under. Rædslen for den totale sammenbrud bliver nærværende. Denne følelse af totat sammenbrud er endnu mere markant i den 2. patient, hvis mutisme, isolation og afstandstagen i kontakten bliver mere forståelig, når man betænker hans længerevarende oplevelser af forvirring, angst og paranoide mistolkninger, samt hans skræmmende destruktive hørehallucinationer. Graden af lidelse eller psykisk smerte hos patienten og hans pårørende er i denne periode meget udtalt, og behandlingens primære opgave er at afhjælpe denne smerte

I heldige tilfælde som i case 1 spiller vrangforestillinger og hallucinationer en stadig mindre rolle i den sene psykotiske fase. Patienten oplever tidsafgrænsede perioder med en bedre realitetstestning, og den massive forfølgelsesangst bliver afløst af en depressiv stemning og emotionel tilbagetrækning, måske i takt med at patienten vedkender sig at oplevelserne om verdens omvæltning ikke var udtryk for en social anerkendt virkelighed, men må være udtryk for sygdom. De depressive følelser af at være alene og fortabt, af at være magtesløs overfor sygdommen, kan da overskygge og farve de fortsatte tilstedeværende hallucinationer eller vrangforestillinger. I mindre heldige tilfælde som i case 3 forhindrede hans storslåede oplevelse af at have fundet sin plads i verden at acceptere oplevelsen som udtryk for sygdom. Disse forhold var sandsynligvis medvirkende til hans manglende "sygdomsindsigt" i psykiatrisk terminologi og hans relativ hurtige tilbagefald.

Diskussionen, om hvad der må være de primære årsager til denne kaskade af sindsbevægelser, og hvad der må forstås som sekundære følger, er ikke afklaret. Det er ikke svært at forestille sig, at en grænsesløring mellem subjekt og objekt, hvad grunden end måtte være, kan udvikle sig til påvirkningsfornemmelser, stemmehøring og angst for forfølgelse. På samme måde kan patienternes

såkaldte hyperrefleksivitet både være årsag og følge af deres mentale konfusion (Sass, 2022).

Som tidligere nævnt understreger den fænomenologiske synsvinkel betydningen af en asketisk lytten til patienternes udsagn, uden forudfattede meninger eller teorier om eventuelle grunde. Således kritiserede Karl Jaspers den biologiske psykiatri og den psykoanalytiske teori for det, han kaldte "hjerne mytologi" og "psykomytologi", i deres forsøg på at forklare alle mentale lidelser som udtryk for henholdsvis hjerneforstyrrelser eller psykologiske forstyrrelser (Jablensky, 2013). Den fænomenologiske synsvinkel deler dog den biologiske psykiatris basale antagelse om psykotiske oplevelser som abnorme, irrationelle og radikalt uforståelige sindsoplevelser, "selve essensen af det uforståelige" (Sass, 1992). I modsætning hertil, og inspireret af Freud, mente Bleuler, at udviklingen af paranoide vrangforestillinger var forståelige ud fra patienternes biografi, trauma og personlighed (Jablinsky, 2013). I næste afsnit vil vi benytte den psykodynamiske teori i et forsøg på bedre at forstå patienternes psykotisk angst og dens udvikling.

Psykotisk angst i psykoanalytisk belysning

Et ledende princip i psykodynamisk tænkning er at se på det psykiske liv og på psykopatologien ud fra en udviklings- og relationel synsvinkel. Fundamentet for menneskets selv, vores personlighed og subjektive oplevelser tænkes lagt i barndommen og ungdommen i samspillet mellem den enkelte og hans nærmeste og at udvikle sig videre i livet i den sociale kontekst. Alting udvikler sig over tid, også psykopatologien (Sroufe, 2013).

Man kan overordnet sige, at både den psykodynamiske og den eksistentielle psykologi er centreret om angst som grundstemning og som kilde til både den psykiske udvikling og til psykopatologi. I den psykodynamiske forståelse har der i tidens løb været flere forskellige angstteorier på spil, som kan samles i to overordnede teorier, *traumeteorien og signalangstteorien*.

Traumatisk angst

Den psykodynamiske traumeteori har sit udspring i Freuds sammenstilling af angstanfaldet, den såkaldte automatiske angst, med kroppens og sindets reaktion overfor ekstreme påvirkninger, den ikke er i stand til at beskytte sig imod eller håndtere.

Udviklingspsykologisk tog Freud afsæt i spædbarnets totale hjælpeløshed i både fysisk og psykisk henseende. I livets første måneder har spædbarnet begrænsede evne til at differentiere og kontrollere indtryk og behov og må opleve dem som en uddifferentieret psykosomatisk tilstand, en trussel barnet er prisgivet overfor. Uden en mor til at differentiere og modulere indtrykkene vil barnet blive overvældet af indtrykkene og vil opleve dette som en pinefuld tilstand af indre spænding, som Freud kaldte *traumatisk angst* (Laplance,1971). Traumet er således betinget af belastningernes karakter og jegets evne til at håndtere oplevelsen.

Overvældende traumatiske oplevelser, som bryder igennem de psykiske evner til følelsesmodulering og mental integration kan sidestilles med det, som er blevet beskrevet i katastrofe- og militærpsykologi (Berliner, 1993). Ved livstruende katastrofer oplever de involverede en tilstand af forøget indre spænding, svigtende følelsesmæssig kontrol, desorientering og konfusion. Samtidigt med en række kropslige reaktioner bliver opmærksomheden forstærket, perceptionen forsnævret, tankegangen bliver rigid og stereotyp, følelserne bliver overvældende, og man bliver angst for et sammenbrud af personligheden, for en opløsning af ens psykiske funktioner. Resultatet kan blive en lang række alvorlige psykopatologiske tilstande fra PTSD til psykotisk disorganisering (Bessel A. van der Kolk, 1987).

Det er i dette lys, vi senere vil forstå patienternes psykotiske angst for udslettelse, tilintetgørelse eller opløsning, en sindstilstand karakteriseret ved en udifferentieret traumatisk angst for sammenbrud, som man prøver på at lokalisere og afgrænse, og som man kæmper imod med alle tilgængelige midler også forvrængning af den sociale virkelighed. Det afgørende i den situation er ikke symptomernes *indhold* men deres *funktion*, deres evne til at inddæmme og kontrollere den overvældende angst for desintegration.

Signalangstteorien

Barnet vil I løbet af en gunstig udvikling bliver bedre til at regulere sine behov og til at foregribe den nære fremtid. Når forudsigelsen af den nære fremtid vanskeliggøres af mangetydige eller uhåndterbare stimuli, bliver barnet - og den voksne - kastet ud i det ukendte, og angsten vil nu melde sig som en foregribelse af fare for kaos og afmagt.

Denne foregribelse af faresituationer betegnes *signalangst* (Laplanche, 1971), hvis funktion er at mobilisere de nødvendige psykiske og sociale ressourcer for at

gøre det ubegribelige begribeligt og kontrollerbart og derved undgå den traumatiske angst.

I *Signalangstteorien* opfatter man således angst primært som et *signal*, en foregribelse af mulige faresituationer. Angst opfattes derved som et adaptivt signal, en grundlæggende følelse med beskyttende funktioner overfor fysiske eller psykiske dilemmaer og konfliktsituationer. Personlighedsorganisering og de anvendte psykiske beskyttelses- eller forsvarsmekanismer indtager en fremtrædende plads i denne anden psykodynamiske teori om angst. Når de aktiverede psykiske forsvarsmekanismer og mestringsstrategier viser sig utilstrækkelige til at løse konflikterne eller modulere angsten, kan angsten vise sig som et symptom i et sammensat psykopatologisk billede.

Strukturering af personlighed

I psykodynamisk forståelse opfatter man den psykologiske udvikling og psykopatologien i lyset af samspillet mellem den enkeltes medfødte dispositioner og vedkommendes relationelle udviklingspsykologiske betingelser.

I den tilstrækkelig gode relation med tilknytningspersonerne udvikler barnet en lang række psykologiske funktioner, blandt andet en sammenhængende selvoplevelse, en evnen til at tolerere og integrere modstridende sindstilstande og en evne til refleksion og realitetstestning (McWilliams, 2020).

Den mere eller mindre vellykkede udvikling og samordning af disse funktioner danner det fundament, som det enkelte menneskes oplevelse af sig selv og dets sociale funktioner hviler på. Overordnet har man fra psykoanalytisk side talt om forskellige typer eller grader af personlighedsorganisering, afhængigt af individets evne til realitetstestning, identitetsintegration og forsvarsstruktur, strækkende sig fra det normale og neurotiske til den psykotiske personlighedsorganisering (Kernberg, 1984).

Ved udtalte problemer i tilknytningsrelationerne, hvor forældrene, som skulle være beskyttende og omsorgsgivende i stedet optræder som kilde til frygt, svigt og mishandling, vil barnet og det senere voksne menneske udvise større eller mindre forstyrrelser i oplevelsen af kerneselv (core self) (Damasio, 1999). Det vil sige i den vedvarende prærefleksive enteroceptive bevidsthed om sig selv og sin krop i nuet, som velafgrænset agent i sit eget liv. Vores case 2 er et godt eksempel på en ung mand med traumatiske opvækstbetingelser, som har udviklet udtalte

forstyrrelser i oplevelsen af kerneselvet. Særligt sensitive mennesker som patienten i case 1 vil på lignende vis kunne udvikle disse selvforstyrrelser, selvom de vokser op i omsorgsfulde miljøer.

I de senere år har man konstateret en kompleks relation mellem tilknytningstrauma, evnen til affektregulering og mentaliseringsevne på den ene side og svære personlighedsforstyrrelser på den anden (Fonagy, 2016). Man har også konstatere en relation mellem forstyrrelser i mentaliseringsevne og hyppighed af positive psykotiske symptomer (Versmissen, 2008). Deficits i mentalisering viser sig som forstyrrelser i evnen til at forudsige andres mentale tilstande samt i mangelfuld differentiering af egne sensorisk-affektive oplevelser. Under disse omstændigheder tilskriver patienterne egne sensorisk-affektive oplevelser for stor realitetsskarakter og opfatter dem som udtryk for virkeligheden. Patienternes epistemiske tillid, det vil sige villighed til at opfatte andres synspunkter som troværdige og relevante for en selv, er også skadet eller dårlig udviklet i relation til tilknytningstrauma. Patienterne bliver hermed afskåret for en interpersonel opdatering af den sociale virkelighed. Den socialt konstruerede mening eller common sense går derved tabt, og evnen til at dele kulturelle værdier og at "falder ind" i samfundet bliver kompromitteret (Weijers, 2020).

Som nævnt under den fænomenologiske forståelse af psykosen oplever psykotiske patienter en dobbelthed i deres virkelighedsoplevelse (Parnas, 2021). I psykoanalytisk forståelse er denne dobbelthed i oplevelsesverden mest udtalt i den psykotiske tilstand, men ikke udelukkende til stede under psykosen. I den kleinianske og Bions inspirerede objektrelationsteori opfatter man således personlighedens psykodynamik som en vedvarende interaktion mellem en psykotisk og en ikke-psykotisk del af personligheden (Bion, 1965).

Personligheds psykodynamik

De fundamentale kræfter, der indgår i det relationelle samspil mellem mennesker og deres omgivelser, er i dynamisk forstand forskellige variationer af grundformlen *behov – angst – forsvar*. I den kleinianske og postkleinianske objektrelationsteori opfatter man angsten i sine to grundformer, den paranoide-skizoide og den depressive angst (mere om det senere), som udtryk for barnets eller den voksne patients kampe mellem kærlighed og had til sig selv og sine omgivelser, mellem psykisk integration og desintegration, mellem liv og død (Klein, 1955). Psykodynamisk set opfatter man under alle omstændigheder *behov, angst og forsvar* i vekselvirkningen mellem indre

mentale repræsentationer og ydre påvirkninger som fundamentale elementer i alt psykopatologi.

Indenfor den kleinianske og Bions psykoanalytiske tradition opfatter man psyken som et organ, som skaber mening ud af det konstante bombardement af enteroceptive indtryk og sanseindtryk fra den ydre verden. Processen hviler på bearbejdelse af disse rå indtryk til tanker, følelser og fantasier i samspillet med en tillidsfuld anden (Bion,1984). Indenfor denne tradition taler man om to fundamentale psykiske positioner, den paranoid-skizoide position og den depressive position (Klein,1955). Disse positioner skal ikke opfattes som udviklingstrin, som følger kronologisk efter hinanden; men strukturelt, som to forskellige sindstilstande og oplevelsesmodi som forbliver aktive livet igennem, og som hver især hviler på sin særlige konstellation af *angst – fantasi – forsvar.*

Den *paranoid-skizoide position* (P-S position), også kaldt den psykotiske del af personlighed (Steiner, 1991), bliver sammenlignet med spædbarnets oprindelige primitive sindstilstand i dens relation til mor eller omsorgsperson. Barnets oplevelse af sig selv og omgivelserne er på det tidspunkt overordnet set somatisk og emotionel. Relationen til mor er på den ene side en idealiseret hengiven relation med den omsorgsfulde mor, og på den anden en relation fuld af frygt, frustration og vrede med en anderledes mor som til tider opleves som frustrerende, fjern og afvisende. Selv om der er tale om den samme person, er barnet ikke i stand til at integrere disse to vidt forskellige oplevelser af mor og holder dem adskilt i et forsøg på at beskytte den gode relation fra dets vrede rettet imod den frustrerende mor. Samme spaltning eller dobbelthed oplever barnet i forhold til sig selv, som enten god og kærlig eller vred og ond.

Disse følelser og oplevelser bliver efterhånden generaliseret til omgivelserne, som spaltes på samme måde i dikotomiske dele som al gode eller al onde, og som "flyttes" ind eller ud af selvbilledet ved projektion eller introjektion og ved fluktuerende identifikationer.

Den dominerende *angst* i denne position tænkes at være *den paranoid-skizoide angst*, det vil sige en paranoid angst for ydre angreb eller angst for selvets desintegration. Den dominerende kognitiv-emotionel tilstand eller "*fantasi*" om selvets tilstand og relationer til sine nærmeste er en traumatisk oplevelsen af at være truet af indre og ydre usammenhængende dele. Vi er her således helt og holdent i en psykotisk oplevelse af en fragmenteret verden. Den

forsvarskonstellation, som benyttes imod disse angstformer, hviler på splitting eller spaltning af indtryk i uforenelige modsætninger, gode eller onde, som central akse. Rundt om denne akse er der en række andre rigide og virkelighedsforvrængende forsvarsmekanismer som primitiv projektiv identifikation, projektion, introjektion, benægten, dissociation og defensiv arrogance eller omnipotens. Ved den *paranoide angst* beskytter man selvintegriteten ved at eksternalisere og personalisere den diffuse angst for desintegration. Angsten opleves derved som frygt for ydre angreb eller forfølgelse. Ved selve *desintegrationsangsten* kan angsten ikke omdannes til ydre frygt, og man oplever i stedet en navnløs rædsel som truer hele eksistensen, en katastrofisk angst for det totale sammenbrud (Klein, 1955).

Ved den *depressive position*, personlighedens mere modne funktionsmåde, forholder det sig anderledes. Udgangspunkt er integrationen af de modsatrettede dele af selvet og af andre i sammenhængende helheder. Dette bringer med sig ambivalente følelser og impulser mod sig selv og andre, som fremkalder angst og skyldfølelser. Den dominerende angst er nu den såkaldte depressive angst, ikke angsten for selv at gå til grunde, som ved den P-S position, men derimod angst for tabet af dem man er knyttet til og afhængig af. Selvtilstrækkelighed opgives og erstattes af accept af afhængighed og ambivalens. *Forsvarskonstellationen* er nu ikke i samme grad virkelighedsforvrængende som ved den P-S position. Splitting og projektion fra den P-S position viger nu pladsen for mere modne former for projektive identifikationer, beskrevet af Bion med metaforen om relationen mellem "container – contained" (Bion, 1970).

Under den depressive position benytter man sig videre af andre modne forsvarsmekanismer som fortrængning, symbolisering og reparationsforsøg af det man føler, man har ødelagt. Stillet over for livets uundgåelige skuffelser forsøger man ikke udelukkende på at undgå smerten ved at placere den udenfor en selv men man modificerer den ved sorgarbejde. Man bliver derved i stand til at rumme modsigelser og paradokser og man føler taknemmelighed og omsorg for andre. Man accepterer derved livets grundlæggende dobbelthed og ambivalens mellem kærlighed og had og mellem kreativitet og destruktivitet.

De to psykiske positioner, P-S og den depressive position, er aldrig absolutte og totalt adskilte sindstilstande. De kan afhængigt af den enkeltes personlighedsorganisering og af de indre og ydre omstændigheder gå ind og ud af hinanden. Den depressive positions angst og skyld bliver genaktiveret ved

hvert betydningsfuld tab og udviklingsmæssig forvandling. Under sådanne indre omvæltninger eller ydre traumatiske omstændigheder, kan personen opleve en psykofysisk overvældelse, en katastrofisk angst, som forårsager en nedbrydning af psykens integrative kapacitet, og skræmmende selvoplevelser spaltes og projekteres igen som fremmede dele. Evnen til at udholde ambivalensen, acceptere egne begrænsninger og lære af erfaringer, som er den depressive positions fundamentale evner, overskrides og glider over i den psykotiske tro på almagt og absolut viden. Den paranoid-skizoide position kommer igen til at dominere det psykiske liv og den psykotiske katastrofe indtræffer.

Hvordan kan alt dette hjælpe os til at begribe de beskrevne patienters oplevelser? Først og fremmest er det vigtigt at understrege, at den psykoanalytiske og psykodynamiske teori ikke prætenderer at give en forklaring af psykosens årsager eller en udtømmende forståelse af symptomernes mening. Både årsagerne og symptomernes mening er så multifaceterede, flygtige og personlige, at forsøget på at forstå dem altid må basere sig på en "epistemisk ydmyghed", en accept af at forståelsen kun kan være stykkevis og flygtig. I sin omtale af terapi med psykotiske patienter sammenligner Bion den psykoanalytiske teori og metode med den blindes hvide stok. I terapien med den psykotiske patient famler man i blinde, men ved hjælp af den hvide stok kan man orientere sig bedre i det allernærmeste område (citeret af Haugsgjerd, 2023).

Patient nr. 2 er relationelt set vokset op under traumatiske betingelser præget af emotionel neglekt og vold. Sandsynlighed for at hans opvækst var præget af oplevelser af traumatisk angst, en udifferentieret psykosomatisk tilstand af kaos og rædsel, er stor. Hans oplevelse af et kerneselv er af den grund sandsynligvis ustabil, og hans mulighed for at udvikle en differentieret og integreret personlighed har været ringe. Patientens tilknytningsevne, evnen til affektregulering og til mentalisering må ligeledes være ustabil og begrænset. Patientens indre verden af repræsentationer af sig selv og vigtige andre er med stor sandsynlighed præget af skræmmende primitive billeder af konfliktfyldte relationer. Faren for at blive overvældet af behov, afvisning og påbud må have været hyppigt til stede igennem hele barndommen, og hans psykologiske evner til at rumme og transformere disse indtryk i social kongruent retning har nok være begrænset. Hans selvoplevelse må ofte have været truet af desintegration, og han må have inkorporeret forældrenes kaotiske mentale tilstand og adfærd. Når angsten for sammenbrud er blevet påtrængende, har patienten ikke haft andre forsvarsmekanismer at benytte sig af end rigide og virkelighedsforvrængende tendenser til spaltning af verden og sig

selv i gode og onde dele samt projektive mekanismer i håb om at holde ondskabet ude. Alt i alt må grænserne mellem sig selv og andre være dårligt udviklet, og evnen til integrering af sine forskellige selvoplevelser i en stabil identitet må være mangelfuld. Hele hans fremtoning under indlæggelsen, præget af såkaldte negative symptomer, tavshed, emotionel og social tilbagetrækning og martrende destruktive hørehallucinationer tyder på et kaotisk og skræmmende indre liv af angribende billeder og forestillinger.

I virkelighed er alt dette kun noget vi forestiller os og udleder på baggrund af få og uklare tegn fra patienten, hans gennemtrængende tavshed, hans isolation og de "mørke blikke", som vi ikke forstod, og som fyldte personalet med angst og usikkerhed. Beskrivelsen er kun udtryk for et meget usikkert forsøg på empatisk genklang med patientens smertende selvtilstand. Det er vigtigt at være opmærksom på faren ved, at vi her begår en mental fejlslutning, ved at tillægge patienten vores egne mentale tilstande. I "Kulturens byrde" gav Freud udtryk for vores begrænsninger til at forstå ekstrem psykisk smerte. *"Uanset hvor meget vi selv kan blive slået af rædsel i visse situationer, er det umuligt at forstå, hvad der egentlig foregår i mennesker, som udsættes for ekstrem lidelse"* (Freud, 1999). Den ekstreme lidelse som Freud talte om i 1930 blev få år senere materialiseret i Anden Verdenskrigs rædsler.

De to andre patienters indre liv og oplevelsesverden synes principielt at være mere forståelig i lyset af den psykodynamiske teori. Også for deres vedkommende var psykosen formet af deres livshistoriske og kulturelle erfaringer. Begge synes at have haft en opvækst i et relativt trygt psykologisk miljø, som har gjort udvikling af en forholdsvist nuanceret og integreret personlighed muligt. Deres selvoplevelser og oplevelser af interaktionen med omgivelserne har åbenbart været fri for traumatiske brud, indtil de hver på sin måde oplevede deres psykotiske sammenbrud. I måneder inden sammenbruddet befandt de sig begge i en særlig eksistentiel situation, for den enes vedkommende i pubertetens stormende tid af identifikationer og frigørelse fra forældrefigurerne, og for den andens vedkommende i forbindelse med en arbejdsmæssig og psykosocial krise i 50-års alderen.

Af ukendte årsager begyndte begge patienter at opleve den tidligere beskrevne "trema" følelse, en tilstand af anspændthed, angst og perpleksitet, en følelse af at verden har ændret sig og er blevet stadig mere truende.

For den unge mands vedkommende (case 1) kulminerede angsten for de

uforståelige forandringer i skræmmende oplevelse af førerhundens stirrende blik. Førerhunden måtte være besat af onde ånder, han ser flygtige skygger, og naboerne kigger med stirrende og truende øjne. Han kan fornemme onde hensigter i deres blikke. Han begynder at høre sine egne tanker inde i hovedet. Han har måske gjort noget forbudt? Grænsen mellem sig selv og andre bliver uklare og desintegrationsangsten, angsten for det totale sammenbrud trækker patienten længere ind i den paranoid-skizoide position eller oplevelsesmodus. Angsten for at miste grebet om sig selv mobiliserer hans primitive og realitetsforvrængende forsvarsmekanismer, spaltning af selv og omverdenen i gode og onde dele og projektion af ondskaben udenfor sig selv. Han kan derved undgå den totale desintegration på bekostning af at føle sig truet og forfulgt. De selvanklagende og selvdestruktive stemmer, han hører, bliver forståelige, da han opdager, at de stammer fra nabohuset, hvor de taler om at slå ham ihjel. Politiet overvåger bygden fra deres helikopter og vil komme efter ham. Alt handler om at han skal uskadeliggøres. Indholdet af de psykotiske symptomer, førerhundens besættelse af onde ånder, de selvdestruktive stemmer, politiets overvågning mv. har selvsagt en personlig mening for patienten. Men som tidligere nævnt, er det afgørende her ikke at tolke på symptomernes *indhold* men på deres *funktion*, deres evne til at inddæmme eller transformere den overvældende angst for desintegration.

I løbet af indlæggelsen ændrer verden sig. Den psykiske integration manifesterer sig langsomt. Forfølgelsesforestillingerne, hallucinationerne og den tilhørende paranoide angst spiller en stadig mindre rolle. Patienten åbner op for kontakt med medpatienter og personale, og den massive paranoide angst bliver langsomt afløst af en depressiv angst og stemning. De psykotiske realitetsforvrængende spaltninger og projektive forsvarsmekanismer viger pladsen for en mere moden accept af tabet af illusionen om selvtilstrækkelighed og absolut viden. Den sociale virkelighed får større plads i hans sind, og han vedkender sig, at hans private psykotiske oplevelser må have være udtryk for sindssygdom. Følelsen af at være magtesløs overfor sygdommen og den depressive oplevelse af skyld og selvanklage over at måtte have gjort noget utilgiveligt kan da overskygge de vigende hallucinationer og vrangforestillinger. Den afsluttende samtale med mor via Teams var i den forbindelse et paradigmatisk eksempel på de dominerende følelser af angst, skyld, sorg og reparation under den depressive position, både for patienten, hans mor og personalet.

Noget tilsvarende oplever den noget ældre patient (case 3). Angsten for opløsning og desintegration af selvet, oplevelsen af at få tegn fra en anden verden griber om

sig, og patienten bliver lidt efter lidt grebet af, eller griber efter en forklarende traditionel kristen måde at opleve sig selv og sin plads i verden på. Verden opfattes dualistisk som en kampplads mellem gode og onde magter, mellem Gud og Satan, og han oplever sig som værende midt i denne eskatologiske kamp, hvortil der kommer guddommelige befalinger om at vælge side og udføre bestemte handlinger. Men som bekendt, Guds veje er i sandhed uransagelige. Hvis ikke han vælger den godes side, vil verden gå under. Han befinder sig i en verden af flydende identifikationer og svinger emotionelt mellem angst for kaos og forfølgelse fra Satans side og en ekspansiv følelse af at have en særlig betydning for verdens beståen og af identifikation med det gode.

En fælles oplevelse for alle tre patienter i forbindelse med det psykotiske sammenbrud er oplevelsen af et sammenbrud af identiteten. Den eksistentielle behov for spejling og social validering af de subjektive oplevelser brydes, og de før ureflekterede spørgsmål om "hvem er jeg", "hvor hører jeg til", "hvor er jeg på vej hen" kommer pludseligt i forgrunden. Selvets vedvarende fortolkende målrettethed imod omverden, baseret på personlige ambitioner og kultursyntone værdier og idealer bliver pludseligt rystet i sin grundvold (Storolow,1995). Patienterne tvivler på værdien af de holdninger, færdigheder og kompetencer som hertil har gjort det muligt for dem at realisere deres livsmålsætninger i fællesskabet. Det eksistentielle behov for samhørighed bliver sat ud af fatningen af deres personlige oplevelser og af omgivelsernes afvisning eller manglende validering. Under de ekstreme emotionelle oplevelser bliver den manglende validering og spejling fra ens nærmeste en bekræftelse på ikke at høre til i fællesskabet. Sammenbruddet i identiteten og i følelsen af fællesskab efterlader patienterne i et tomrum af eksistentiel fremmedgørelse.

Uanset forskellene mellem den fænomenologiske og i de psykodynamiske teorier om psykosens natur er der en rimelig enighed om, at psykosen udvikler sig som en to-trins-proces: Først finder et psykisk sammenbrud sted forbundet med en forfærdelig eksistentiel angst og konfusion, hvor patienten mister evnen til at tænke klart og modulere sine stærke følelser. Dernæst forsøger patienten at genskabe en personlig mening ud af de tilgængelige personlige og sociokulturelle forestillinger. Vrangforestillingerne og hallucinationerne opfattes derved ikke som værende selve sygdommen, men som patientens forsøg på at finde mening og "helbrede sig selv" efter det psykiske sammenbrud. Jo længere den psykotiske tilstand varer, jo mere idiosynkratisk og gådefuld vil indholdet blive. Fristelsen til at komme med symbolske tolkninger af vrangforestillingernes indhold kan

være stor, men er dømt til at mislykkes, både på det kognitive niveau, da patienternes tanker og oplevelser er fragmenterede og forskydelige, og terapeutisk da patientens behov i den katastrofiske tilstand ikke er "at forstå det uforståelige" men at dele og transformere dele af den smertende sindstilstand med en empatisk terapeut.

Psykotisk angst i eksistentielpsykologisk betydning

Der er mange ligheder, men også fundamentale forskelle mellem den dynamiske og den eksistentielle psykologiske opfattelse af angsten. Begge teorier opfatter angsten som grundlæggende og altid nærværende i menneskelivet. Begge opfatter den som en sammensat oplevelse væsensforskellig fra frygt, som udspringer af menneskelige grundkonflikter og dilemmaer. Men mens den dynamiske teori antager, at grundkonflikterne udspringer af udviklingspsykologiske udfordringer opstået i en relationel kontekst, mener den eksistentielle teori, at de væsentligste grundkonflikter udspringer af det enkelte menneskets konfrontation med tilværelsens grundvilkår. Den psykodynamiske grundformel for menneskets psykologi, *behov/angst/forsvar*, bliver i den eksistentielle psykologi erstattes af *grundvilkår/angst/forsvar* (Yalom, 1999).

En anden vigtig forskel er, at mens den dynamiske teori lægger afgørende vægt på personlighedsudvikling og –strukturering, tager den eksistentielle teori afstand fra personligheden som et varigt system af funktioner og eventuelle deficits. Den lægger i stedet vægt på menneskets eksistens opfattet som en emergent proces, en bliven til i verden, en fremadrettet proces som følge af menneskets fundamentale frihed og ansvar for sine valg.

Følgende grundvilkår er ifølge den eksistentielle filosofi og psykoterapi, kilden til det enkelte menneskets mest fundamentale form for angst.

- Døden
- Frihed og ansvar
- Den eksistentielle ensomhed
- Fremmedgørelsen
- Meningsløshed

Den følgende gennemgang af grundvilkårene kan synes temmelig filosofisk og fjern fra patienternes lidelser under psykosen. Uden at glemme patienternes

psykotiske smerte vil vi her prøve på at se deres oplevelser i et almenmenneskeligt eksistentielt lys. Som nævnt lever patienten i en dobbelt verden, på en gang i en privat og i den fælles sociale verden. De er først og fremmest meningsskabende mennesker som os andre og kæmper en eksistentiel kamp mellem en psykotisk og en ikke-psykotisk oplevelsesverden. Det er endda muligt, at Freud havde ret i sin påstand om, at patienternes særlige oplevelser kan kaste lys over oversete fælles menneskelige eksistentielle dilemmaer som f.eks. at finde klarer grænser mellem fiktion og virkelighed (Feyaerts, 2023).

Angsten for døden, bevidstheden om *dødens uundgåelighed* og ønsket om at leve videre er en indlysende grundkonflikt. Døden er en påmindelse om livets skrøbelighed, og frygten for døden er i sig selv en primal/grundlæggende frygt. Ifølge eksistensfilosofi er alt angst en form for dødsangst (Katzenelsen,1993). Objektrelationsteoretikere, specielt Klein og Winnicott, opfatter også dødsangsten som en ur-angst beslægtet med angsten for udslettelse eller opløsning, med andre ord en angst for ikke-væren.

Angsten for døden kan referere til forskellige ting, angsten for dødsprocessen, angsten for hvad der kommer efter døden eller angsten for at ophøre med at være til. Denne sidste rå angst for ikke-væren – angst i Heideggers forstand – kan fænomenologisk udtrykkes som en allestedsnærværende "stemning", et forvarsel for opløsning af personens eller jegets basale samklang med den verden det lever i. I angsten opdager mennesket, at eksistensen i hvert øjeblik primært drejer sig om at være eller ophøre med at være. Som Kierkegaard udtrykte det, "Angest er forud, den opdager consequentsen før den kommer" (citeret efter Grøn, 1999).

Angsten for friheden kan virke vanskelig at begribe i vores tid, hvor friheden siden den franske revolution er en af de vigtigste værdier, mennesker stræber efter. Frihedens dilemma er, at den følges af ansvaret. For Kierkegaard var angsten erfaringen af, at mennesket er prisgivet friheden til at vælge mellem godt og ondt og dermed ansvarlig for eget valg. I modsætning til frygt er angst grundlæggende tvetydigt, mente Kierkegaard, snart dragende, snart frastødende. Angsten er erfaringen om, at vi kan vælge mellem forskellige muligheder, uden at resultatet er givet på forhånd. Man står frit for at vælge med risiko for at vælge en livsløgn (Grøn, 1999).

Eksistensfilosoffer som Sartre og Camus forbinder ligeledes angsten med friheden til at vælge i afgørende livssituationer. Heidegger radikaliserer denne

udlægning. Ifølge ham befinder vores valg sig altid inden for en grundlæggende forståelse af, hvilke muligheder, der står til rådighed, det være sig filosofiske eller religiøse. Men hvad hviler denne grundlæggende forståelse på? På intet, siger Heidegger, eftersom alle vores principper ikke kan føres tilbage til et uomtvistelig "første princip". Bevidstheden om at der ikke er nogen fast grund under os, at vi er ophav til vores egen verden og har det fulde ansvar er angstfremkaldende, og denne angst fremkalder mangfoldige forsøg i os på at benægte eller omgå den.

Den *eksistentielle ensomhed* er noget andet end den sociale eller interpersonelle ensomhed. Vi har tidligere talt om patienternes tendens til social isolation. Denne interpersonelle isolation og ensomhed kan skyldes mange forskellige psykologiske konflikter, personlighedsmæssige deficits eller forsøg på afgrænsning og beskyttelse af det skrøbelige selv i relationerne. Ved alle former for psykopatologi er det ydermere sådan, at enhver opsplitning af selvet, dissociation, og projektion i omgivelserne af dele af sig selv, efterlader patienten i en tilstand af psykisk forarmelse og fremmedhed i forhold til både sig selv og omgivelserne. Den eksistentielle ensomhed – den man møder i dødens nærvær eller i konfrontationen med fremmedgørelsen – fremkalder den eksistentielle angst. Angsten opstår i spændingsfeltet mellem bevidstheden om vores eksistentielle ensomhed i livets afgørende øjeblikke og vores længsel efter tilknytning og den tryghed, der ligger i at være del af noget større end os selv.

Den *eksistentielle fremmedgørelse* er først og fremmest omtalt indenfor sociologien og filosofien. I psykiatrien er den blevet beskrevet i den fænomenologiske psykiatri i forbindelse med den psykotiske patients følelse af at være anderledes, den såkaldte "anderssein". En følelse af at være radikalt anderledes end deres omgivelser, som efterlader patienten med en følelse af dyb eksistentiel ensomhed (Parnas, 2021). Emnet er også blevet indgående behandlet af Lacan i forbindelse med subjektets konstituering som objekt for den andens blik, og endelig af Fanon i forbindelse med de patologiske former for anerkendelse ved magtrelationer, hvor den psykiske syge på samme måde som sorte mennesker ved racisme, internaliserer de magtfuldes blikke og derved bliver de magtfuldes negativ "Anden" (Morgan, 2022).

Inspireret af fænomenologien stillede Fanon følgende spørgsmålet: hvad betyder det for den psykisk syge ikke at føle sig hjemme i verden? Han sammenlignede den syges oplevelse af fremmedhed, "aliénation" på fransk, af at være væsensforskellig fra omverdenen med den vedvarende kropslige oplevelse af

fremmedhed i forhold til sig selv og omgivelserne, som sorte oplever i en hvid kolonial verden. Inspireret af Lacans psykoanalyse definerer han sindssygdom som en mangel på social frihed, en "friheds patologi". Men i modsætning til datidens romantiske opfattelse i antipsykiatriske kredse af sindssygdom som mulighed for en ny åbning, opfattede Fanon sindssygdom som udtryk for en personlig og social blokering i tilværelsen. Menneskets eksistens kendetegnes af vedvarende selvforvaltninger igennem livet. Friheden, mulighed for liv og udvikling står for ham i modsætning til den psykotiske patients psykiske og sociale dødsoplevelse. I den psykotiske patient manifesterer uhyggen sig *som stase, som forstenethed*, meningsløshed, social stigmatisering og skamfuld marginalisering. Psykiaterens opgave er da at hjælpe patienten til genskabelse af mening, autonomi, selvagens og åbning til det sociale miljø (Morgan, 2022).

Oplevelsen af et sammenbrud i identiteten, af at blive fremmed over for sig selv og af manglende tilknytning eller tilhørsforhold til de sociale omgivelser var en fælles oplevelse for alle tre omtalte patienter i deres psykotiske fase. Oplevelsen var meget udtalt for patient nr. 2 og var formodentlig kompliceret med oplevelsen af psykisk og social blokering, der gav sig til kende som mutisme, forstenet kropsholdning, isolationstendens og i den afstand, han skabte til medpatienter og personale med sit uudgrundelige og for andre skræmmende blik. Alt tyder på at disse oplevelser af "anderssein", "aliénation" eller fremmedhed i forhold til sig selv og verden, samt af manglende tilhørsforhold og social marginalisering havde for hans vedkommende været til stede længe før den egentlige psykotiske sammenbrud.

Lignende oplevelse af fremmedgørelse forstærket med følelsen af meningsløshed var også fremtrædende hos den unge patient i case 1. Som en anden Josef K i Kafkas "Processen" oplevede han sig pludseligt fanget ind i en uigennemskuelig labyrint af antydninger og uklare meddelelser. Noget eller nogen var efter ham, han ville blive anklaget for noget, han ikke vidste, hvad var. Han følte sig anderledes og skyldig, og alt omkring ham blev et helvede af tvivl, angst og frygt for afsløring og anklager. Fremmed over for sig selv og sine omgivelser tænkte han kun på selvmord som eneste udvej.

Angsten for meningsløsheden udspringer af den kendsgerning, at vi er meningssøgende væsner i et liv under konstant forvandling, men er kastet ud i et univers uden mening. Der findes ingen forudbestemt plan med os mennesker, ingen Gud, ingen naturens mening, ingen transcendent mening, ingen "første princip" vi kan lænes os op ad. Vi må hver især skabe vores egen mening i livet.

Dilemmaet mellem mening og meningsløshed er blevet særlig udtalt i den moderne sekulære verden efter, at Kant satte den transcendente mening over styr, hvorfra vi kan udlede vores etiske værdier. I dilemmaet mellem mening og meningsløshed bliver vi med Heideggers ord konfronteret med det eksistentielle dilemma mellem et autentisk og et uautentisk liv (Katzenelsen, 1993). Det er i denne konfrontation, at angsten melder sig som varsel om et sammenbrud, et tab af den refleksive og social autentisk væren-i- verden.

Viktor Frankl udtrykte dilemmaet mellem mening og meningsløshed ved kort, at påstå, at den manglende mening er den eksistentielle stress faktor per excellence i vor tid (Frankl, 1972). Med de psykotiske patienter in mente må man give Frankl ret i, at dilemmaet mellem mening og meningsløshed er en af disse patienters dominerende stressfaktorer. Et af kendetegnene for de skizofrene patienters lidelse er paradokset mellem oplevelsen af en vedvarende tvivl og en hyperrefleksiv og kompulsiv søgen efter multiple meninger.

I det senmoderne samfund er de eksistentielle dilemmaer forstærket og generaliseret. Ensomheden, fremmedgørelsen, meningsløsheden og den enkeltes eksistentielle frihed og ansvar i livets selvforvaltning er blevet til et *socialt krav* om selvrealisering i et samfund uden religiøse og faste sociale støttepunkter. Denne udvikling har været særlig mærkbar i samfund som det grønlandske. I de seneste 60 år har landet oplevet en accelereret modernisering, med positive sundhedsmæssige og negative psykiske konsekvenser for en betydelig del af befolkningen (Bjerregaard, 2002). Det, som Camus definerede som "verdens absurditet", konfronterer os alle med den første sætning i hans bog Sisyfos-myten (Camus, 2013): "Der findes kun et virkelig filosofisk problem: selvmord. At afgøre, om livet er værd at leve eller ej, er at besvare filosofiens grundspørgsmål".

Som bekendt er selvmordsproblematikken i Grønland alt andet end et filosofisk spørgsmål. For at forstå dets omfang og konsekvenser er man nødt til at udvide undersøgelsesfeltet fra det enkelte individs eksistentielle dilemmaer til den sociale kontekst og til magtrelationerne i landet i historisk lys (Lindhardt, 2023). Der foreligger megen litteratur om selvmords epidemiologi og risikofaktorer i landet (Seidler, 2023), men desværre intet om kvalitative eksistentielle forhold blandt dem, som har forsøgt selvmord eller blandt pårørende til dem, som har begået selvmord (Nilsson, 2022).

For psykotiske patienter er selvmord altid en nærliggende trussel og mulighed. Smerten ved den psykiske desintegration, ved meningsløsheden, ved ensomheden og fremmedgørelsen kan ganske simpelt være uudholdeligt. To af de tre valgte patienter var vedvarende plaget af fantasier og impulser til at begå selvmord. I begge tilfælde var patienterne plaget af en smertefuld oplevelse af desintegration af selvet og en oplevelse af mangelfuld kontrol over sine tanker og uudholdelige følelser. Patient nr. 2 var plaget både af selvmordsimpulser og af homocidale fantasier. Selvhad og had imod omverden var åbenbart en malstrøm, som trak ham i desintegrativ retning.

I sin artikel "The descent into suicide" giver Maltsberger (2004) et overblik over de psykiske processer, som den suicidale patient kæmper med. Først og fremmest en syndflod af svære følelser, som patienten ikke kan udholde, og som han forsøger at kontrollere på alle hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige måder. Den medfølgende oplevelse af kontroltab og tiltagende psykisk desintegration trækker virkelighedsforvrængende forsvarsmekanismer med sig frem til den sidste grandiose fantasi om kontrol og overlevelse her på jorden eller hinsides. I den tilstand af desintegration er patienten hinsides det almenmenneskelige dilemma mellem frihed og ansvar og kæmper i stedet konkret med menneskets øvrige eksistentielle dilemmaer, specielt dilemmaet mellem liv og død.

Vi lader Sullivan få det sidste ord:

> *"We have found in the most disorganized group of people – I believe the psychiatrist would agree that the schizophrenic is the most disorganized of the functional mental illnesses - a continuation of very much that is simply human." (Sullivan, 1962).*

Resume og konklusion

Vi har i artiklen fokuseret på forskellige måder at opleve og give udtryk for psykotisk angst i Grønland. Udgangspunktet er, at en af psykiatriens basale antagelser om psykotiske lidelser som værende abnorme, irrationelle og radikalt uforståelige sindstilstande efterlader patienterne og behandlerne fjernt fra hinanden i en verden præget af afmagt og passivitet. I artiklen forsøger vi at nærme os en forståelse af patienternes oplevelser i bred forstand, ikke udelukkende af deres psykotiske oplevelser, men som meningsskabende og lidende mennesker. I denne bestræbelse har vi benyttet os af den fænomenologiske,

psykoanalytiske og eksistentielle psykologiske forståelsesramme. Vi understreger de betydelige forskelle såvel som de fundamentale ligheder, der findes mellem det psykotiske og det ikke-psykotiske menneske. Vi argumenterer imod påstanden om, at strengt taget kun patienten i sin helhed som person kan være psykotisk, ikke symptomerne som sådan (Parnas, 2008). Vi mener derimod at patienterne i deres menneskelighed er meget mere sammensatte og rigt facetterede end deres psykotiske symptomer lader antyde.

Referencer

Alberdi, F., Kjær, J. N. (2025). Transkulturelle noter om psykotisk angst i Grønland. *Matrix*. 41. https://www.matrixtidsskrift.dk/

Barret, L. F. (2018). *How emotions are made. The secret life of the brain.* New York: Harper Collins Publishers.

Berliner, P. (1993). Angst og masse. *Psyke & logos.* 14, 1: 181-194.

Bessel A. van der Kolk. (1987). *Psychological trauma.* Washington DC: American Psychiatric Press.

Bion, W. R. (1965/84). *Transformations.* London: Karnac Books.

Bion, W. R. (1970-1984). *Attention and interpretation.* London: Karnak Books.

Bjerregaard, P. Curtis, I. (2002). Cultural change and mental health in Greenland: the association of childhood conditions, language, and urbanization with mental health and suicidal thoughts among the Inuit of Greenland. *Soc Sci Med.* 54(1):33-48.

Cullberg, J. (1999). *Psykoser. Et humanistisk og biologisk perspektiv.* København: Hans Reitzel forlag.

Camus, A. (2013). *Sisyfos-myten.* København: Gyldendal forlag.

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens.* London: Heinemann publishing.

Fanon, F. (1993). *Black Skin, White masks.* London: Pluto press.

Feyaerts, J. (2023). The philosophies of madness: an introduction. *Philosophical Psychology.* Volumen 36, Issue 7:1227-1236.

Freud, S. (1999). *Kulturens byrde.* København: Hans Reitzels forlag.

Fonagy, P., Bateman, A. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Compr Psychiatry.* 64:59-66.

Frankl, V. (1970). *Psykologi og eksistens.* København: Gyldendals Uglebøger.

Grøn, A. (1993). Angstens tvetydighed. Begrebet angst i Kierkegaards filosofi. *Psyke & Logos*, 14, 46-62. https://doi.org/10.7146/pl.v14i1.135786

Gumley, A.I., Taylor, H.E., Schwannauer, M., MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand.*129(4):257-74.

Haugsgjerd, S. (2023). *Galskabens gåter. Psykotiske tilstande. En idéhistorisk og psykoanalytisk tilnærming.* Oslo: Hertervig Forlag.

Hopper, K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO International Studies of Schizophrenia. In Jenkins J. H., Barret R. J. (edit), *Schizophrenia, Culture and subjectivity.* Cambridge: Cambridge University Press.

Jablensky, A. (2013). Karl Jaspers: Psychiatrist, Philosopher, Humanist. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 39, Issue 2: 239–241.

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.

Katzenelsen, B. (1993). Angstteoriernes landskab. *Psyke & Logos*, 14(1). https://doi.org/10.7146/pl.v14i1.135785

Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies.* New Haven: Yale Univer-

sity Press.
Grøn, A. (1993). Angstens tvetydighed. Begrebet angst i Kierkegaards filosofi. *Psyke & Logos*, 14 (1). https://doi.org/10.7146/pl.v14i1.135786
Klein, M,. Heinemann, P,. Money-Kyrle, R. (1955). *New directions in psychoanalysis.* London: Tavistock.
Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1971). *Diccionario de psicoanalisis.* Barcelona: Labor,
LeDoux, J. . (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life.* New York: Simon & Schuster publishing.
Lindhardt, A.F. (2022). Selvmord i Grønland. Mellem litteratur, kultur og samfund. *Bibliotek for Læger.* https://ugeskriftet.dk/bfl/selvmord-i-gronland
Lynge, I. (1997). Psykiske lidelser I det grønlandske samfund. https://www.gmsnet.dk/Dokumenter/IngeLyngeDisp_Full.pdf
Maltsberger, J.T. (2004). The descent into suicide. *Int J Psychoanal.* 85(3):653-67.
McWilliams, N. (2020). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* New York: Guilford Publications.
Morgan, A. (2022). *Continental philosophy of psychiatry.* The lure of Madness. Switzerland, AG: Springer Nature.
Nilsson, C., Blomberg, K., Bremer, A. (2022). Existential loneliness and life suffering in being a suicide survivor: a reflective lifeworld research study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 17(1):2122157.
Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions.* Oxford: Oxford University Press.
Parnas, J. (2008). *Ugeskr Læger*, 170/46;3743-3746.
Parnas, J., Urfer-Parnas, A., Stephensen, H. (2021). Double bookkeeping and schizophrenia spectrum: divided unified phenomenal consciousness. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience.* 271(8):1513-1523.
Rosenbaum, B. (2006). "Das unheimliche" og muligheden for at integrere det fremmede. *Psyke & Logos.* 27. 967-77.
Sass, L. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in the light of modern art, literature and thought.* New York: Basic Books.
Sass, L. (2022). Subjectivity, psychosis and the science of psychiatry. *World Psychiatry.* 21(2):165-166.
Sroufe, A. (2013). The promise of developmental psychopathology: past and present. *Dev Pasychopathol.* 25(4):1215-24.
Storolow, R. D., Brancroft, B., Atwwood, G. E. 1995. *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach.* New York: Hilsdale, Analytic Press.
Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a human process.* New York: Norton Library.
Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I. et al. (2008). Evidence for a relationship between mentalizing deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia research.* Vol 99 (1-3):103-10.
Weijers, J.G., ten Kate, C., Debbané, M. et al. (2020). Metallization and Psychosis: A Rationale for the Use of Metallization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *Journal of Contemporary psychotherapy.* 50:223–232.
Yalom, I.D. (1999). *Eksistentiel psykoterapi.* København: Hans Reitzels forlag.