Uddannelse i at tale med det psykotiske i mennesket

Ulla Østergaard[1]

Indledning

I de sidste 25 år har Institut for Psykoterapi med Psykoser (IPT) drevet en 2-årig specialistuddannelse for primært psykologer og læger, som ønsker at uddanne sig til at udøve psykoterapi ved psykoser. Vores ønske med uddannelsen er at formidle og videregive en psykoanalytisk forståelse af psykisk lidelse og psykoterapi og derved inspirere kursisterne til at medtage et sådant perspektiv både, i det daglige arbejde ved mødet med patienter, kolleger og "sig selv" samt under udøvelsen af psykoterapi med mennesker med psykose.

Vores uddannelse befinder sig i en tid præget af krav om effektivitet, optimerede indsatser, standardisering, enkle årsagssammenhænge, klare grænser mellem virkelighed og fantasi (sjovt nok i en tid, hvor såkaldte fakta mere og mere ligner fri fantasi) og terapeuten som en ekspert, der ved hvad dit problem er og uden selv at være i spil, kan fortælle dig, hvad du skal gøre eller tænke for at komme af med dit symptom.

Som alle andre områder for vores senmoderne liv er den (psyko)terapeutiske behandling, især i behandlingsinstitutionerne, fanget ind i *accelerationssamfundets* (Rosa 2013) dynamik og logik om, at alle områder af vores liv skal foregå i et hurtigere og hurtigere tempo. Der advokeres konstant for kortere og mere effektive behandlingsmetoder og forskningsartikler om psykoterapeutisk behandling beskæftiger sig ofte med, at nu er det lige så effektivt med f.eks. 10 samtaler som med tidligere 20.

1. Ulla Østergaard. Klinisk psykolog. Tidligere ansat i Psykiatrisk Center København, nu selvstændig. u.oestergaard@outlook.dk

En uddannelse i at arbejde ud fra et psykoanalytisk perspektiv med psykoterapi for psykoser tager udgangspunkt i en holdning, som forudsætter en accept af og antagelse om det *ubevidste*, psykens kompleksitet, tålmodighed, tid, personlig involvering og modet til at give afkald på pladsen som den, der ved og modet til at indtage en *ikke-vidende* position. Antagelser og værdier, man kunne måske endda sige dyder, der ikke har megen plads i vores aktuelle kultur.

Psykiatrisk psykosebehandling i Danmark lige nu

Behandling af psykoser foregår i Danmark langt overvejende i den regionsbaserede psykiatri. At psykisk lidelse i forrige århundrede blev et medicinsk speciale, nemlig psykiatrien, har haft konsekvenser for forståelse og behandling af sindslidelser i form af en overvejende biologisk funderet apparatfejlsmodel. Det betyder, at behandlingen som oftest tager udgangspunkt i symptomreduktion gennem primært medicin, sekundært i sociale indsatser og psykoedukation og tertiært i psykoterapi. I det specialiserede tilbud OPUS, som er dedikeret til debuterende psykoser, er psykoterapi da heller ikke en del af standardtilbuddet. Symptomet som sådan har først og fremmest værdi som indikator og tegn på bagvedliggende neurobiologisk dysfunktion. Patientens ofte ustabile compliance til den medicinske behandling ses ofte som manglende sygdomserkendelse og sjældent som et udtryk for subjektets forsøg på (omend pinefuldt og symptomatisk) at fastholde et udtryk for en ellers ikke-symboliseret erfaring.

Og selv der, hvor man i psykiatrien tager udgangspunkt i psykoterapi som den væsentligste behandling, sniger apparatfejlsmodellen sig ind. Den udbredte anvendelse af pakkeforløb med målrettet behandlingsfokus på enkelte afgrænsede symptomer (angst, depression, mentaliseringsvigt, affektreguleringsproblemer, vrangforestillinger, hallucinationer, spiseforstyrrelse) er udtryk for apparatfejlsmodellens fragmentering, her blot af den menneskelige psyke. Denne behandlingstilgang bygger på et medicinske ideal om en afgrænset, nærmest kirurgisk, indgriben i en enkelt dysfunktion, hvor dét, der fremstår som et symptom kan og skal behandles uafhængigt af den indre komplekse dynamiske enhed dette symptom indgår i. Faglige tekster og diverse efter- og specialistuddannelser er ligeledes ofte bygget op, så de fokuserer på afgrænsede symptomer og specialiseret behandling til netop dette symptom. Kognitiv terapi, som har haft en omfattende udbredelse i de sidste 20 år, tilbyder her en forståelse af symptomer og psykisk lidelse som matcher den medicinske.

Psykoanalysens bidrag

Psykoanalysen udgør en psykologisk teori, med en meget udbygget og nuanceret forståelse af psykens dannelse og funktion, med modeller for det psykiske apparat, om de tidlige relationers betydning, personlighedens og identitetens formning. Den leverer et omfattende begrebsapparat til beskrivelse og forståelse af intrapsykiske og intersubjektive processer. Den tilbyder en forståelse af mennesket og dets psykiske vanskeligheder og symptomer som et resultat af den enkeltes livshistorie, konstitutionelle forhold, bevidste og ubevidste forestillinger og subjektets strategier til at manøvrere i dette. Psykopatologi forstås i denne sammenhæng som et forsøg på at håndtere de vanskeligheder, ethvert menneske må møde gennem den almindelige udvikling og de særlige livsomstændigheder netop dette menneske har mødt og som danner dets særlige struktur af bevidste og ubevidste forestillinger, ønsker og symptomer.

Behandling af psykoser vil med denne forståelse tage udgangspunkt i personens fortælling, fortællestil, subjektive erfaringer og ubevidste dannelser. Symptomet er ikke blot en sygdom, der skal fjernes, men dets udformning og indhold udgør en mulig adgang til den psykiske realitet, som har nødvendiggjort symptomet og den psykiske funktion det udøver.

Den psykoanalytiske og psykodynamiske tilgang samt psykoterapi med udgangspunkt i denne tænkning har for tiden trange kår. Psykoanalytisk forståelse er afløst af mentaliseringsbaseret forståelse og psykoterapien ved psykoser er sat lig med psykoedukation og kognitiv terapi, som har fokus på enkelte symptomer og forskellige aflednings- og bemestringsteknikker. Det er utvivlsomt meget hjælpsomt at få de "redskaber", som er så efterspurgte eller få medicin - lidelsespresset kan være ganske stort og til tider vanskeliggøre eller ligefrem umuliggøre det psykoterapeutiske arbejde. Ligeledes kan den strukturerede arbejdsform være beroligende ikke kun for patienten, men også for behandleren i mødet med "det sindsyge". Men den bagvedliggende teori om den menneskelige psyke og de psykologiske processer, der fører til lidelse, er relativ enkel. Den oprindelige kognitive teori er i de senere år udbygget med teoretiske elementer fra mere psykodynamiske tilgange, men menneskets psyke forstået som en rationelt arbejdende bevidsthed, der kan lette sine symptomer ved at korrigere sine forestillinger til en mere korrekt og objektiv opfattelse af virkeligheden, er stadig en grundtanke. Her har psykoanalysen beriget os med en mere kompleks opfattelse af den menneskelige psyke med sin interesse for hvad den kalder "psykisk virkelighed".

Den påpeger hvordan vi mennesker i lige så høj grad orienterer os efter vores ubevidste forestillinger og ønsker og at disse ikke blot kan korrigeres bort og endda er tilbøjelige til at erstatte den ydre virkelighed.

Om psykoanalysens indsigter lades ud af betragtning eller inddrages i behandlingsprocessen, samt i arbejdsrelationerne, har konsekvenser både for uddannelse og praksis indenfor faget og også for udformningen af selve uddannelsesinstitutionen. Selvom vores uddannelse ikke har som formål at uddanne psykoanalytikere, så følger der en vis forpligtelse til at overveje disse spørgsmål om forholdet mellem psykoanalyse, psykiatri og institutioner, når vi vil tage udgangspunkt i en psykoanalytisk tænkning i mødet med psykosen. Det har vi ikke gjort eksplicit (i uddannelsens bestyrelse), men jeg vil gøre et forsøg med denne artikel.

Artiklen følger to spor:

- Den historiske baggrund for at psykosen er blevet et anliggende for lægevidenskaben og hvad det betyder for forståelsen og behandlingen af psykosen i den psykiatriske institution sat overfor en psykoanalytisk forståelse og behandling af psykosen, som er den vi ønsker at formidle på uddannelsen.
- Overvejelser om de indbyggede vanskeligheder, der ligger i at ville formidle psykoanalysen som teori og praksis i en institutionel sammenhæng, på en uddannelse.

Mødet med psykosen

Den psykotiske tale, forestillingsverden og adfærd har både en tiltrækkende fascinationskraft og en fremmedhed der vækker afmagt og afstandtagen.

Det gælder både i samfundet i almindelighed og i de institutioner, der behandler mennesker med psykose. Gennem tiden er psykosens ytringer på den ene side blevet opfattet som dybsindige udsagn, der skulle tolkes (f.eks. som en særlig adgang til det guddommelige) og psykotiske oplevelsesmåder har også givet sig udtryk i forskellige kunstarter som har nydt anerkendelse. På den anden side er psykosen en udfordring for den almindelige common sense fordi både brugen af sproget og indholdet af talen kan lyde, ja netop skørt, fordi det ikke refererer til en umiddelbar fælles erfaring, fremstår privat og uden sammenhæng til en konkret situation og ikke giver umiddelbar mening i den givne kontekst. Det skaber grobund for både angst og dehumanisering i mødet med psykosen.

I juli 2022 fandt et møde tilfældigt sted mellem en 23-årig psykotisk mand og en 13-årig dreng. I indkøbscenteret Fields i København, havde den unge mand allerede på det tidspunkt skudt efter og dræbt flere tilfældige personer.

Liggende for enden af en rulletrappe ser den 13-årige dreng gerningsmanden komme imod sig med sit våben og hører ham råbe: ”Arh det er ikke ægte, du er ikke ægte”. Drengen svarer: ”Det er ægte, jeg er ægte, ikke skyd”. Derefter tøver gerningsmanden, forlader Fields og bliver efterfølgende anholdt uden dramatik udenfor centeret. Ved vidneafhøringen senere fortalte drengen, at han tænkte, at gerningsmanden måske troede, han drømte noget. Gerningsmanden selv fortalte under afhøring, at det var den 13-årige dreng, der talte til ham undervejs, der ”fik ham ud af det” og fik ham til at stoppe med at skyde (DR/dk Nyheder 2023)

Vi kan aldrig vide med sikkerhed, hvad der ”virker” i en intervention. Dog kan vi her godt sige, at der var noget ved drengens tale, der stoppede gerningsmanden. Måske simpelthen det, at drengen faktisk talte til ham, adresserede både ham og det han sagde og samtidig involverede sig selv. En dreng som sikkert var meget, meget bange, men ikke lammet og stadig tænkte, at den anden kunne nås og at den anden var i en menneskelig, men fantaseret tilstand (”måske troede han drømte noget”), som han kunne bringes ud af.

Overfor et menneske med psykotiske symptomer, som lader til at være i sin egen verden og ikke har en eksplicit henvendelse til en anden, er det ikke ligegyldigt, hvordan man forholder sig til de ytringer den psykotiske kommer med. Mødet mellem kliniker og patient former sig forskelligt for både kliniker og patient alt efter, hvilken forståelse klinikeren har som sin baggrund. *Hvordan møder vi det, vi ikke forstår og som er os fremmed?* Nysgerrigt med et ønske om at opdage noget nyt, med irritation over ikke at kunne tale det til fornuft, få det til at være som os, med angst for noget, der opleves som farligt eller med, at det er uforståeligt, den anden er syg og svag og skal behandles.

Klinikerens (og her taler vi ikke kun om psykiateren, men også meget ofte om psykologen) møde med psykosen former sig ofte som en kortlægning af symptomer og dernæst et forslag til, hvordan disse symptomer kan dæmpes. Det sker som oftest med medicin, da det jo netop er det værktøj psykiatrien som medicinsk speciale har, eller med anvisninger og redskaber til at aflede sig fra symptomerne. Der lyttes efter de tegn, der kan bekræfte eller afkræfte en allerede eksisterende form (altså diagnosen) og som kan lede til en (be)handling.

Selvom det ikke altid benævnes som sådan, er mødet mellem behandler og et psykotisk menneske ikke sjældent behæftet med en oplevelse af afmagt og inkompetence. Det gælder også for plejepersonale i det hele taget. Den tale og ide om forståelse, vi har overgivet os til at benytte os af for at være en del af det menneskelige fællesskab, udfordres af psykosen. Den, der faktisk vil lytte, bliver sat på et udfordrende arbejde. Den tale et psykotisk menneske kommer med, kan være ganske svær at finde mening i, logikken synes at halte, sproget bruges helt privat og ofte er behandleren slet ikke inddraget som et andet subjekt, snarere synes man at være sat udenfor.

Dertil kan komme, at den begrænsede effekt af medicin og den såkaldte manglende sygdomserkendelse og compliance yder modstand mod en lydefri behandlingsproces og sætter behandlerens ønske om at ville forstå og hjælpe på en hård prøve. Den medicinske tilgang yder dog en vis beskyttelse for behandleren mod en sådan oplevelse, den anden er jo syg og er muligvis et kompliceret eller behandlingsresistent tilfælde.

Det psykotiske subjekts tale får forskellige betydninger alt efter, hvordan det mødes. Det er ikke uden tab i den menneskelige kontakt, hvis den psykotiskes ytringer reduceres til udtryk for symptomer på bagvedliggende fejlslagne biologiske processer. I det perspektiv kommer den medicinske sygdomsopfattelse til at mangle et sprog for de erfaringer, psykosen er et udtryk for. Den psykoanalytiske teori tilbyder et sprog, der kan hjælpe klinikeren til at lytte og være i kontakt med det psykotiske i mennesket, til et møde, hvor både intrapsykiske og intersubjektive processer er i spil. Den giver en vigtig mulighed for at artikulere afmagten og for at kunne tale med kolleger om dette.

Psykose - fra galskab til psykiatrisk lidelse

Gale mennesker har i mange hundrede år været et anliggende for åndelære og religion, idet den gale blev forstået som en, der var blevet fordrejet af troldfolk og ånder eller en, der havde en særlig guddommelig adgang eller var besat af djævlen.

Frem til midten af 1600-tallet var gale mennesker en synlig del af hverdagslivet og for en stor del familiens anliggende. En del gale var også omstrejfende sammen med andre subsistensløse og denne skare udgjorde med sin voksende størrelse en trussel mod den sociale ro og sociale reformer gjorde i midten af 1600-tallet *den store indespærring* mulig. Her blev en blanding af forbrydere, vagabonder,

psykisk syge, politisk utilpassede m.m. spærret inde i store interneringsanstalter, der fungerede som tvangsarbejdshuse. I takt med den begyndende industrialisering og dermed behovet for stabil arbejdskraft, skilte de psykisk syge sig ud som en gruppe med svigtende arbejdsevne. De psykisk syge samledes i særlige anstalter, hvor de kunne afsondres fra resten af samfundet, fordi de ansås for at være farlige. Egentlig behandlende anstalter for de psykisk syge oprettedes først fra midten af 1700-tallet (Foucault 1961).

Behandlingsmetoderne indebar langt ind i 1800-tallet en blanding af, hvad vi i dag ville kalde tortur: dårekister, iskolde bade, lænkning, sultekure, seksuelle overgreb m.m. Forståelsen af det gale sind baserede sig på en blanding af moral og processer i legemet. Som følge af en del skandalesager førte en voksende kritik af de oprørende forhold til nye tanker om behandling (Kelstrup 1983).

I flere europæiske lande talte læger – bl.a. den franske læge Philippe Pinel – fra slutningen af 1700-tallet og starten af 1800-tallet for, at galskab kunne behandles med bl.a. samtale og at dette skulle finde sted på særlige hospitaler kun for psykisk lidende og ledet af læger. Galskab blev hermed en medicinsk sygdom, kaldet sindssygdom, og psykiatrien som lægeligt speciale var født. Selve termen "psykiatri" stammer fra den tyske læge Johann Reil som i 1808 brugte det om studiet af sjælen og mente, at de psykiatriske behandlingsmetoder kunne sidestilles med de medicinske og kirurgiske (Kelstrup 1983). Med opdagelsen af klorpromazin i 1950'erne fik lægevidenskaben yderligere en legitim og bestyrket plads i forståelsen og behandlingen af psykisk lidelse og en omfattende forskning i psykisk lidelses mulige neurobiologiske og genetiske årsager tog fart i 1990'erne og frem til nu, stærkt støttet af en voksende og magtfuld medicinalindustri.

Knap 100 år efter psykiatriens tilblivelse forsøgte Sigmund Freud at skabe en videnskabelig psykologi, men som vi ved bragte denne undersøgelse ham til udviklingen af en helt anden teori. Freud lyttede til sine patienters klager på en måde, der gjorde ham opmærksom på netop den videnskabelige rationalitets effekter på subjektet (mere herom i Delay 2006). Han opdagede og begrebsliggjorde det ubevidste og opfandt psykoanalysen.

Psykoanalyse og psykiatri

At undersøge forholdet mellem psykiatri og psykoanalyse er ikke et spørgsmål om at kritisere lægevidenskaben som sådan; den har jo klart sin berettigelse. Det

er ej heller en kritik af den enkelte psykiater eller om at være særligt imod medicin. Det er en problematisering af den tænkning, som psykiatrien som lægespeciale bygger på og som får konsekvenser for den måde et menneske med f.eks. psykose mødes på. Det er at pege på, at psykoanalysen og psykiatrien udgør to forskellige tilgange, er hver sit fag med forskellige genstande, metoder og formål.

Selvom psykoanalysens genstand er det ubevidste og subjektets placering i forhold til sit begær og psykiatriens genstand er psykopatologiske tilstande og deres legemlige betingelser, har det ikke skortet på forsøg på at forene de to vidensområder. Denne forening har som oftest udmøntet sig i en reduceret og selektiv udgave af psykoanalysen og dens begreber, underordnet psykiatriens sygdomsbegreb. Det har bidraget til en "afsporing" af den psykoanalytiske teori og dens særegne og centrale indsigter (Rosenbaum 1989).

Forholdet mellem psykoanalyse og psykiatri har Freud beskæftiget sig med flere gange i sit arbejde. Han havde et håb om, at psykoanalysen kunne give psykiatrien og især den enkelte psykiater dét psykologiske grundlag, som lægens møde med den psykisk lidende kunne mangle (Freud 1916-17a). Allerede tidligt måtte han dog erkende, at lægen i kraft af sin uddannelse kunne være tilbøjelig til at anvende den psykoanalytiske teori i en medicinsk logik og praktisere "vild" psykoanalyse. Den analytiske proces og indsigten forsøgtes "speedet" op ved at levere hurtige tolkninger, som var det diagnostiske facts, uden ordentligt kendskab til den psykoanalytiske teori og hensyn til det ubevidstes måde at fungere på (Freud 1910). Senere udtrykker han, i et forsvar for lægmandsanalysen, at det ikke er ønskeligt, at psykoanalysens skæbne bliver at være en underafdeling af medicinen (Freud 1926).

Psykoanalyse og psykiatri udgør to forskellige *viden*skabelige paradigmer som ikke lader sig forene i en enhedsteori om psykopatologi og psykoterapi. Den medicinske tilgang og den psykoanalytiske tilgang til psykose (og andre psykiske vanskeligheder) repræsenterer to grundlæggende forskellige vidensfelter af hvad det vil sige at være et menneske. Med valget af vidensfelt træffes der nødvendigvis også et etisk valg i den måde, man vil lytte til et andet menneske på.

Shedler (2023) fremhæver begrebet *supervenience*, netop for at understrege, at selvom sindet ikke ville kunne eksistere uden hjernen, kan sindet ikke studeres eller forstås med neurobiologiske analyser, begreber og metoder. Der er tale om forskellige analyseniveauer. Tanker og følelser kræver psykologiske begreber og

psykologiske problemer er ikke en medicinsk sygdom. Ligeledes er psykoterapi ikke et medicinsk præparat, men en psykologisk behandling i sin egen ret. Lovmæssigheder i det ene system adlyder ikke automatisk regler i det andet system. Psykologien kan ikke afledes af biologien.

I psykoanalysen er der en stillingtagen til, hvordan man møder psykiske fænomener og at de er placeret i et interpersonelt felt. Et felt, der vil være på spil uanset, om man anerkender det eller ej. Man kan vælge at ignorere det og konkludere, at den anden er uforståelig, har svigtende realitetstestning og derfor er syg eller man kan vælge at interessere sig for det, den anden siger og lade det, der siges få kommunikativ betydning. Også selvom mennesket med psykose ikke umiddelbart selv har til hensigt at formidle noget.

Der eksisterer et, kunne man sige, kronisk misforhold mellem psykoanalyse og psykiatri og psykosen er placeret midt i dette misforhold. På den ene side "det sindssyge" som et psykiatrisk anliggende med det tilhørende (objektiverende) vokabular og en medicinsk sygdomsopfattelse og på den anden side psykoanalysens subjektopfattelse, der insisterer på et sprog for indre psykologiske processer og tillægger det sagte en betydning både subjektivt og objektivt. Den psykoanalytiske forståelse af psykosen og dens symptomer er en udfordring for psykiatriens psykoseforståelse. Og det er selvsagt også en udfordring for den enkelte kliniker at opretholde en psykoanalytisk holdning i det daglige arbejde i psykiatrien, både i det enkeltstående møde med patienten og i et psykoterapeutisk forløb.

Psykose og psykoterapi

Der har traditionelt i psykiatrien ikke været tilbudt psykoterapi til psykoser. De har ikke været anset for at være tilgængelige for psykoterapi og det har endda været anset for at være direkte kontraindiceret at tale med patienter om deres symptomer (f.eks. stemmer og vrangforestillinger) andet end det, der skulle til for at konstatere, at symptomerne er der. Selv i en nyere tekst, hvis virkelig gode intention er at slå et slag for den psykoterapeutiske holdning i mødet med patienter, påpeges det, at "egentlig psykoterapi" ikke er primær behandling for psykiske lidelser, hvor biologiske processer antages at være afgørende, f.eks. affektive lidelser og skizofreni. Her må patienten mødes som menneske og subjekt i samtaler af mere støttende karakter omhandlende hverdagsliv og oplevelse af lidelse (Jørgensen 2018, s. 49).

Men kan man udøve psykoanalyse ved psykose? Freuds teoretiske analyse af retspræsident Daniel Schrebers memoirer førte ham til, at den psykotiske ikke kunne indgå i et psykoanalytisk arbejde. Schrebers paranoide psykose var resultatet af en narcissistiske tilbagetrækning og dermed kunne den for terapien nødvendige overføring til terapeuten ikke etableres (Freud 1911, 1915, 1916-17b).

Hans skepsis med hensyn til at behandle psykoser med psykoanalyse betød at den af psykiatrien dominerede psykoanalyse (særligt den amerikanske egopsykologi) mente, at man skulle holde sig fra den opgave eller til nød anvende modificerede teknikker. Andre psykoanalytikere efter Freud, nemlig Melanie Klein, Wilfred R. Bion og Jacques Lacan gjorde den psykoanalytiske forståelse af psykosen til en central del af den psykoanalytiske teoris corpus og anså den psykoanalytiske behandling af psykosen som en reel mulighed (Klein 1946, Bion 1957, Lacan 1956).

Lacan har bidraget til at inddrage psykosen i behandlingssammenhænge og understreget vigtigheden af at psykoanalytikeren udsætter sig for mødet med psykosen. Psykoanalytikeren må aldrig vige tilbage for psykosen (Lacan 1977). Psykosen giver klinikeren en erfaring med grænsen for det menneskelige og grænsen for det analyserbare. Både fordi den peger på det konstitutionelle ved at blive et menneske og på den pris, der skal betales for at kunne blive et talende menneske og indgå i det menneskelige fællesskab.

Med variationer indenfor de forskellige psykoanalytiske skoler efter Freud er det gennemgående, at den psykologiske mekanisme, der antages at ligge til grund for udvikling af psykose, er en mangelfuldt eller aldrig udviklet psykisk kapacitet til at symbolisere særlige elementer af erfaring. Denne mangel menes i sig selv at være resultatet af tidlige relationserfaringer, ikke kun forstået som reelle, virkelige begivenheder, men også som de ikke forudsigelige tolkninger og tilpasninger som subjektet møder egne og andres virkelighed med. Der er kommet mange bidrag til forståelse og begrebsliggørelse af disse mekanismers tidlige etablering: Det være sig voldsom aggression og paranoid-skizoidt forsvar (Klein 1946), attacks on linking (Bion 1959), betaelementers mangelfulde transformering (Bion 1962) og impingement og false self (Winnicott 1960a og 1960b), afvisning af Fadernavnet og forclusion (Lacan 1956).

Med disse psykoanalytikeres bidrag til forståelse af den menneskelige psykes konstituering og funktionsmåde følger det, at den menneskelige tænkning og

adfærd, vi opfatter som ”sygelig” eller ”afvigende”, er en variation af de måder, hvorpå mennesket forsøger at håndtere relationelle og driftsmæssige erfaringer på. Ethvert menneske, enhver psykisk struktur, ethvert psykisk symptom er resultatet af et sådan forsøg, vellykket eller ej, smertefuldt eller nydelsesfuldt. Således er også psykosen i al sin utilpassethed og afvigelse et tilpasnings- og overlevelsesforsøg.

Psykiske symptomer, også psykotiske såsom hallucinationer og vrangforestillinger, er det synlige resultat af en indre psykisk proces. De er udtryk for en intention om at kommunikere noget, de har en funktion og de er ikke meningsløse. De udpeger på en og samme gang den vanskelighed, der nødvendiggjorde den psykiske proces, som førte til de psykotiske symptomer og binder samme vanskelighed til det ubevidste. Symptomet insisterer på at blive hørt, at blive lyttet til. Drivkraften i det terapeutiske arbejde er symptomet, som vi ikke på forhånd kan vide hvad betyder. Symptomet er adgangen til personens problem og historie og det er derfor ikke ønskeligt, at det umiddelbart forsvinder. I hvert tilfælde må det undersøges og udfoldes som noget nyt og endnu ikke forstået. Også psykotiske symptomer må anskues som et kreativt forsøg på tilpasning og overlevelse og behandlerens interesse og respekt for den logik, som findes i symptomet, kan bane vejen til at skabe den alliance (overføring), som er så afgørende for det terapeutiske arbejde (Knafo & Selzer 2015). Symptomet er også centralt i den psykiatriske klinik, men til forskel fra psykoanalysen er opgaven at anvende symptomet til diagnosticering og dernæst søge symptomets fjernelse eller lindring gennem behandling.

I de senere år har der været en stigende opmærksomhed på en mulig sammenhæng mellem traumer og udvikling af psykose. Særligt traumatiske begivenheder i opvæksten og senere udvikling af hallucinationer og vrangforestillinger har været undersøgt (Moskowitz & Montirosso 2019), (Read 2006). Det kan diskuteres om traumer udgør en direkte ætiologisk forklaring på alle psykotiske tilstande, men traumevinklen har leveret et meget væsentligt bidrag til at inddrage livshistorien (både det generelle opvækstmiljø og særlige begivenheder) og skærpet en lytten til de sproglige elementer, der indgår i det psykotiske symptom. Også vanviddet indeholder et ”stykke historisk sandhed” (Freud 1937).

Til trods for Freuds behandlingspessimisme i forhold til psykoserne har mange analytikere efterfølgende arbejdet med mennesker med psykose både i egen praksis og på forskellige specialiserede afdelinger og behandlingsinstitutioner.

Særligt i 50'erne og frem til midt 80'erne har der været en vis optimisme og engagement. Efter en periode, hvor en kognitiv tilgang har været prioriteret i de offentlige behandlingsinstitutioner, synes der gennem de senere 15-20 år at være en fornyet interesse og en voksende publikation af psykoanalytisk orienterede teoretiske og terapeutiske tekster, som advokerer for en psykoanalytisk forståelse og praksis i forhold til psykoserne.

Karakteristisk for psykoterapien med psykotiske er, hvad der er blevet kaldt en modificeret psykoanalytisk tilgang. Det betyder, at elementer såsom at ligge ned, frie associationer og tolkning af overføring og ubevidste forestillinger undgås. Dette for ikke at fremme et psykotisk delir og fordi den psykologiske proces, der går forud for det psykotiske symptom, ikke baserer sig på fortrængning, men på forkastelse og manglende symbolisering. Det psykiske materiale har ikke status af egentlig ubevidst, men af at være afkoblet og elaboret på en konkret måde og derfor har symptomet ikke samme symbolske og metaforiske form som ved neurosen. Hvor der i neurosen optræder en nydannet sprogligt associeret erstatning for og forbindelse til det fortrængte, er der i psykosen en konkret tilbagevenden af det forkastede i den hallucinatoriske oplevelse. Det psykiske materiale, symptomerne, kan ikke tolkes, men der kan forsøges lavet forbindelser og sammenhænge mellem symptomernes konkrete indhold og faktiske aktuelle og tidligere begivenheder, vanskelige eller truende følelser og større eksistentielle spørgsmål.

Overføringen udgør et ganske særligt og vanskeligt felt for terapeuten i arbejdet med psykoserne. Både pga. den særlige karakter den psykotiskes overføringer har (Searles 1963 taler om 4 typer) og terapeutens egen overføring i et møde med en til tider uforståelig og ekskluderende monologisk tale.

Psykoanalysens institutionalisering

I starten af 1920'erne var psykoanalysen særligt i Europa blevet voldsom populær og udbredt også i kulturlivet og det skabte hos nogle analytikere (selskabet i Berlin) et ønske om at professionalisere psykoanalysen gennem regulering af uddannelsen til psykoanalytiker og knytte den til det medicinske felt. Samtidig var der frygt for psykoanalysens skæbne i lyset af Freuds cancerlidelse og det førte, ikke uden uoverensstemmelser (selskabet i Wien var skeptisk), til en beslutning om at institutionalisere uddannelserne og opstille fælles godkendelsesprocedurer for at blive analytiker (Bernfeld 1952).

De spørgsmål der uundgåeligt melder sig for de psykoanalytiske institutioner er, hvilke kvalifikationer skal en kandidat til uddannelsen have, hvordan skal den psykoanalytiske teori og praksis formidles og tilegnes og hvad kvalificerer en kandidat til at praktisere som psykoanalytiker/kalde sig psykoanalytiker?

Eller sagt med lidt andre ord, hvordan kan en institution sikre sig, at en person har gjort sig tilstrækkelige og forandrende erfaringer med sit eget og sine patienters ubevidste? Hvordan kan man sikre, at en uddannelse faktisk fører til en dannelse – dvs. at en uddannelse tager højde for de ubevidste dannelser og at deltageren mærkes af sit ubevidste? Det er spørgsmål, der ikke kan svares enkelt på.

Adskillige analytikere har tematiseret problemerne og faldgruberne ved en institutionalisering af uddannelsen til psykoanalytiker. De har påpeget, hvordan magthierarkier og organisatoriske hensyn tenderer til at glemme (læs fortrænge) psykoanalysens indsigter i bl.a. overføringsfænomenernes indflydelse og miste målet for den didaktisk analyse, nemlig analysandens bevidste og ubevidste ønske om at blive analytiker. Kritikken peger også på, at der i disse institutioner er en tilbøjelighed til, at psykoanalysens teori bliver videregivet som en know-how og forforstået viden og at dette fører til en formindsket kreativitet og produktivitet fra institutionerne og fra de studerende. Tendensen har været at træningssystemerne er blevet længere og længere og mere dogmatiske uden at det af den grund kan garantere en virksom transmission af den psykoanalytiske erfaring, både hos den enkelte og i faget som sådan (Freud 1926, Balint 1947, 1953, Safouan 1983, Kernberg 1986).

Det er en illusion at tro, at det vil være muligt at lave en psykoanalytisk skole som helt kan sige sig fri fra disse problemer. Institutioner har nogle indbyggede tilbøjeligheder, som står i modsætning til det psykoanalysen peger på, det singulære, det irrationelle, det relationelle. Men en stadig opmærksomhed på institutionens dynamik og de særlige betingelser, som formidlingen af psykoanalysens indsigter kræver, kan være hjælpsomt og nødvendigt. Flere analytikere er kommet med forslag til, hvordan nogle af de problemer der opstår når psykoanalysen institutionaliseres, kan forsøges mindsket. Her kan nævnes Bernfelds "Free Institute" (1949), Safouans "Minimale Principles for a Society of Psychoanalysis" (1983) og Kernbergs (1986) ide om, at bestræbe sig på at styrke en skoleuddannelse, der kombinerer kunstakademiets åbne diskussion af hinandens værker (det analytiske arbejde) og universitetets udforskende tilgang og åbenhed for ny viden. Dette skulle forhåbentlig modvirke de to andre skoletendenser han ser i

de psykoanalytiske miljøer, nemlig den tekniske handelsskole og den religiøse, følelsesmæssigt åbenbarende skole.

En psykodynamisk uddannelse i at tale med mennesker med psykose

Det psykoterapeutiske arbejde med psykoser i det psykiatriske behandlingssystem i Danmark udgør en meget lille del af psykosebehandlingen. Gennem tiden har der været få afdelinger og få uddannelser og kurser, der har haft fokus på psykodynamisk psykoterapi særligt med psykoser, bl.a. på Risskov (1994-2000) og i Nordhuset (1983-2005) inspireret af Karon og VandenBos og Murray Jackson (Heinskou 2006), PoP (Psykose og psykoterapi) 1981-1996.

Institut for psykoseterapis (IPT) 2-årige psykoseterapiuddannelse startede i 1999 og har, afbrudt af en pause på to år og en reorganisering, kørt frem til i dag. De nærmere historiske og praktiske forhold om uddannelsen kan ses på psykoseterapi.dk.

Et centralt ønske med uddannelsen er at introducere og videregive en psykoanalytisk tænkning og holdning i arbejdet med psykisk lidelse, være det sig i forhold til egentlige psykoterapier eller andre møder med patienter og kolleger. Vi vil gerne inspirere og opfordre kursisterne til at arbejde psykoterapeutisk med psykoser og pege på, at muligheden findes. Endelig vil vi også give plads til at udfolde og diskutere den vanskelighed som mødet mellem på den ene side psykosen og psykiatrien og på den anden side psykoanalysen og psykiatrien afføder.

I den sammenhæng har vi et ønske om, at uddannelsen bliver mere end en teoretisk eller specialistgodkendende instans og at kursisterne påvirkes af uddannelsen og bringer deres erfaringer med tilbage i arbejdet. Dvs. at den kommer til at række ud over hvad de kan opnå karrieremæssigt og kan få en mere vidtrækkende betydning for deres måde at møde patienter på.

Selvom uddannelsen mest er rettet mod læger og psykologer er det ikke et krav, at man har disse grunduddannelser for at gå på uddannelsen. Blot er vi forpligtet af de to faglige organisationer til kun at lade 25% af deltagerne være såkaldte ikke-akademikere. De krav vi har for optagelse er, at kursisten har mulighed for at lede to psykosepsykoterapier og har interesse for at arbejde psykodynamisk med deres patienter.

De kursister, der går på IPT uddannelsen, har (eller har haft) for langt de flestes vedkommende deres arbejde i psykiatrien og kommer fra uddannelsesinstitutioner, hvor læring anses for at være en videregivelse af objektiv, akkumuleret viden. Både læger og psykologer er overvejende opdraget i en medicinsk model. Lægerne fordi psykiatrien ideelt set sidestilles med somatikken og psykisk lidelse forsøges håndteret efter principper som somatisk lidelse (apparatfejlsmodel). Psykologuddannelsen og psykologien har i de sidste i hvert fald 25 år i stigende grad været præget af en adfærdsorienteret/kognitiv tilgang som understøtter en medicinsk model. Samtidig har psykologernes faglige organisation igennem flere år prioriteret at forsøge at videnskabeliggøre psykologien ved at underordne den et medicinske paradigme i stedet for at lade psykologien fungere på sine egne præmisser. Man kunne sige, at for læger og til dels også for psykologer er der i uddannelsen også tale om en slags "aflæring" af en medicinsk tænkning og holdning i mødet med patienten og dennes lidelse.

Både læger og psykologer er indfanget i de systemer, hvor opnåelse af forskellige specialistgrader er tæt forbundet med lønudvikling og mulighederne for stillinger. Og vores uddannelse er på en meget pragmatisk måde afhængig af, at vi opfylder de respektive faglige foreningers krav til godkendelser. Vi er nemlig desværre i en tid, hvor de færreste bruger egne midler til at følge kurser og uddannelse, som ikke kan indgå i en eller anden form for merit og heller ikke arbejdspladserne gør det. Det spiller en rolle for den organisatoriske indretning af vores uddannelse mht. længde og elementer der indgår og vi følger en, for de fleste psykoanalytisk orienterede uddannelser, traditionel tredeling med teori (oplæg og litteraturdiskussion), supervision (herunder rollespil) og egenterapi.

En uddannelse, som tager udgangspunkt i psykoanalysen, er uundgåeligt også en uddannelse, der beskæftiger sig med det ubevidste. Både som noget, man kan lære teoretisk om, men helt særligt som noget, man må erfare selv. Terapeutens eget ubevidste spiller en væsentlig rolle i psykoterapiarbejdet og det kan man ikke lære at kende ved (kun) at opnå teoretisk viden om det ubevidste eller andre fænomener, der er på spil i det analytiske arbejde. Helt fundamentalt er her ens egen analyse. På IPT-uddannelsen er egenterapien kursistens egen sag, men uddannelsen bidrager med en liste med forslag til psykologer og læger, som udbyder psykoterapi på psykodynamisk/psykoanalytisk grundlag. Kursisten fremsender dokumentation for det terapeutiske forløb direkte til deres egen forening og uddannelsen involveres ikke i vurderingen af kursistens udbytte eller udvikling i egenterapi. Vi kan kun håbe, at den "obligatoriske/godkenden-

de" terapi samt uddannelsen som helhed vil inspirere til et forløb, der går længere end det krævede og bliver en egentlig personlig analyse.

I det medicinske læge-patientforhold er den relationelle dimension sædvanligvis ikke tematiseret og der er ikke noget i lægens videnskabsfelt, der hjælper lægen til at gøre sig bevidst om denne dynamik. De såkaldte Balintgrupper med fokus på lægens egne oplevelser og undgåelse af passiv indlæring er en måde at give plads til at udforske de psykologiske processer i dette forhold (Balint 1957).

I kontrast hertil har psykoanalysen gjort netop dette intersubjektive felt altså *overføringen* til et særligt og nødvendigt arbejdsfelt i mødet med den anden - det gælder både analysandens og analytikerens overføring (sidstnævnte i megen analytisk litteratur benævnt "modoverføring", men ofte behandlet med mere vægt på, hvad denne siger om analysandens ubevidste end om analytikerens eget ubevidste). Det er et centralt sigte med uddannelsen, at kursisten udvikler en lydhørhed overfor de ubevidste dannelser, der måtte vise sig både hos patienten og hos kursisten selv. Overføring er uundgåelig i ethvert møde og hvis den er (an) erkendt, udgør den en virkningsfuld del af det psykoterapeutiske arbejde, men omvendt uerkendt kan den lave megen ravage (se f.eks. Main 1957). Særligt ved psykoterapi med psykoser er terapeutens overføringsreaktioner væsentlige bl.a. når det drejer sig om terapeutens forestillinger om den plads, der indtages som terapeut, i den lacanianske skole kaldet *analytikerens begær.* Netop psykoanalysen åbner for og skaber et vidensfelt, som hverken ekskluderer patientens eller terapeutens begær – bevidst og ubevidst.

Kursisterne møder som oftest det psykotiske menneske i det psykiatriske system og vil ved tilegnelsen af en psykoanalytisk tilgang mærke vanskeligheden ved at skulle give afkald på den plads, de sædvanligvis har indtaget. Som en kursist gav udtryk for vidste hun ikke, hvad hun skulle stille op med patientens udtrykte lidelse, når hun ikke skulle gribe til medicin, afledning eller trøst. Uddannelsen skulle gerne lykkes med at kursisternes eget arbejde med deres patienter, deres møde med det psykotiske og deres egne reaktioner og "møde med sig selv" er noget, de mærkes af. At der skabes et ønske om at lytte og at mod og tålmodighed kommer til at præge deres møde med patienten.

Men når så dette ønske faktisk opstår, vil kursisten uvægerligt møde nye vanskeligheder for, hvordan anvende sine nyerhvervede psykoanalytiske indsigter i en institution, som i mange tilfælde ikke ønsker at vide af den? Det er en helt reel

problemstilling, som vi naturligvis ikke kan løse. Men vi kan skabe rum til, at den på uddannelsen kan drøftes og overveje, hvordan den viden alligevel kan komme i spil i det daglige arbejde. At have en psykoanalytisk holdning er ikke det samme, som at skulle udøve ideelle psykoanalytiske forløb. Den holdning kan komme i spil ved enkelte møder med patienten, i skadestuen, i drøftelserne på behandlingskonferencerne og naturligvis i psykoterapeutiske forløb.

Supervisionen på uddannelsen er et rum, hvor der vil være mulighed for at arbejde med bl.a. overføringsfænomener, refleksion over egen praksis, samt den teoretiske og kliniske forståelse af de psykoterapeutiske elementer og patienten. Supervisionen foregår i grupper og varetages af udefrakommende erfarne supervisorer, som selv har erfaring med psykosepsykoterapi på psykodynamisk grundlag. Der lægges vægt på, at alle gruppemedlemmer deltager aktivt, så det ikke bliver én til én supervision med supervisor. Derudover bliver også gruppeprocesser i supervisionsgruppen en del af arbejdet.

Vi tilstræber og forsøger at fastholde en åben og udogmatisk holdning i alle elementer af uddannelsesforløbet – teori, diskussion, supervision. Psykoanalysen er ikke en religion og der kan stilles spørgsmål til Freud og andre analytikeres arbejde med sagen både teoretisk og erfaringsmæssigt. Vi vil gerne fremme, at kursisternes egne erfaringer og tanker, som de har gjort sig i mødet med psykosepatienter, teorierne og de psykiatriske institutioner kommer frem og indgår i en stadig udveksling med de teorier, de bliver præsenteret for og med det kliniske arbejde.

Teoretisk forsøger vi på uddannelsen at sørge for undervisning indenfor forskellige psykodynamiske/psykoanalytiske teorier og også gerne tilgrænsende områder som tilknytningsteori, udviklingspsykopatologi, fænomenologi. Det kan være teorier, som vi ikke nødvendigvis er fuldstændig enige i, men som kan bidrage til diskussioner om grænseområder i forhold til det psykoanalytiske. Som en kursist gav udtryk for, var han overrasket over valget af en tekst, som han måtte tænke, at vi (kursuslederne) nok ikke var enig i. Ligesom kursisternes kritik af teksterne ofte bliver fremført noget tøvende og forsigtigt i starten af et uddannelsesforløb, indtil de bliver klar over, at vi faktisk gerne vil diskutere.

Når det er sagt, så bestræber vi os på at holde en linje, der respekterer, at den psykoanalytiske teori ikke er hvad som helst og at dens forhold til praksis er ganske særlig. ”Fra begyndelsen af har der i psykoanalysen eksisteret et

komplekst sammenfald mellem det at helbrede og det at forske". "Kun hvis vi driver analytisk sjælesorg, uddyber vi vor netop dæmrende indsigt i det menneskelige sjæleliv." (Freud 1926, s.107). Dvs. at det er gennem det terapeutiske arbejde og dets resultater, at man erfarer noget nyt om teorien om den menneskelige psyke. En teori er ikke noget der blot skal påklistres klinikken eller blot genfindes i praksis, men noget der bruges til at tænke med i klinikken. Det teoretiske må ikke udmønte sig i en terapeutisk teknik, der fungerer som en manual, som kan få behandleren til at tro, at det ikke længere er nødvendigt at reflektere over teori. Det psykoanalytiske arbejde er netop ikke et håndværk med et katalog over greb til at håndtere forudsigelige situationer, ikke en genkendelse af fænomener, som vi så har en håndbog til at intervenerer ud fra. Freud var opmærksom på dette problem i 1926 – et problem som her 100 år senere stadig er aktuelt, når der efterlyses manualer til snart sagt alle facetter i livet.

Teorien formidles både gennem oplæg/forelæsninger og i mindre litteraturdiskussionsgrupper. I begge fora faciliteres diskussionerne af to gennemgående kursusledere og erfaringen er, at det skaber en god kontinuitet gennem uddannelsen. Samtidig er vi optaget af en videreførelse af det psykoanalytiske perspektiv og inviterer tidligere kursister til at undervise på efterfølgende hold og inkluderer til stadighed nye undervisere og nye tekster. Også i uddannelsens bestyrelse inviteres tidligere kursister ind i arbejdet med at videreføre uddannelsen.

Igennem de seneste år har vi mærket en stigende interesse for uddannelsen. Det har været en positiv overraskelse at se, at det første hold havde deltagelse fra 2 læger, men i de efterfølgende år har interessen fra lægernes side været voksende og på de seneste hold har fordelingen været lige mange psykologer og læger. Der har været få deltagere fra andre faggrupper. I skrivende stund har over 100 kursister været igennem uddannelsen efter reorganiseringen i 2012.

Afslutning

Lad os opsummere.

Når en psykotisk tilstand behandles i dag, er det som oftest med udgangspunkt i en medicinsk logik, som kan være tilbøjelig til at udelukke den subjektive ytring, som psykosen, med psykoanalysen, er udtryk for. Dertil kommer, at behandlingen langt overvejende finder sted i institutioner, som understøtter den medicinske tænkning. Der er gode grunde til, at både behandler og patient kan føle sig

ubekvemme ved dette. Institutioner er tilbøjelige til at fremme bureaukratisering, effektivisering, statistisk tænkning og udvikling af standarder, stadige evalueringer, tilrettelæggelse af arbejdsopgaver så de bliver forskervenlige og i den bevægelse glemme sin humane opgave. Sagt mere analytisk, spærre for at subjektet kan træde frem. Både institutionens og psykiatriens tilgang udelukker noget ved de psykotiske fænomener, når de reduceres til symptomer, der skal fjernes og det menneskelige ved både personale og patienter risikerer at blive ekskluderet.

Psykoanalysen er en teori, som har et sprog for psykosens dynamik, for det intersubjektive felt, for institutionens logik og for at bearbejde de vanskeligheder, der opstår i mødet mellem disse instanser. I den forstand udgør psykoanalysen et antiinstitutionelt projekt samtidig med at psykoanalysens teori og lytten er en nødvendighed for institutionerne, fordi den giver plads til at stille de spørgsmål til de institutionelle processer, som institutionen selv kan have svært ved at få øje på eller ligefrem forbyder. Dermed forsøger den at fastholde et fokus på de involverede mennesker og deres relationer.

Der er en tendens til at tænke (både på generelt samfundsniveau og på uddannelsesinstitutioner), at den nyeste forskning og opnåede viden også repræsenterer den ypperste og sandeste viden om et emne, hvilket er udtryk for en fatal manglende historisk bevidsthed. Det tager ikke højde for, hvordan de politiske, økonomiske og kulturelle strømninger også kan betyde en indsnævring, en afvikling, en glemsel (eller med psykoanalysens begreber fortrængning) af noget tidligere vidst eller opnået. Psykoanalysens sprog har i flere årtier været optaget i hverdagssproget på godt og ondt. Det er blevet en almen viden, som har tenderet til at udelukke det radikale ved psykoanalysen. På den ene side har det befordret en større indsigt i og anerkendelse af den menneskelige psykes beskaffenhed, men på den anden side har psykoanalysen ikke opfyldt det ønske, vi også har som mennesker, nemlig at det skal være enkelt, til at forstå og være løsningsorienteret, så vi får ubehaget væk. Det har bevirket en vis træthed og afstandtagen og givet anledning til sloganet om at "Freud er død", underforstået, at vi godt kan lægge psykoanalysen bag os som noget gammeldags og ubrugeligt.

Psykoanalysen har nu været dømt ude i omkring 30-40 år, men på uddannelsen sporer vi en fornyet interesse hos en generation, som ikke er opdraget med psykoanalysens sprog og der er måske en chance for, at det på ny kan opdages og høres og at den viden kan være virksom. Dertil kommer, at mange (både kursis-

ter og andre yngre kolleger) giver udtryk for en mangelfuldhed i den forståelse, der tilbydes i deres uddannelsesforløb af det psykotiske og i det hele taget af det terapeutiske. At lytte til det, der bliver sagt, som netop dette menneskes forsøg på at håndtere subjektive erfaringer og ikke efter det, som passer med den psykopatologiske teori, kræver mere end en biologisk eller psykologisk teori og en manual. Det kræver en teori, der har en særlig forståelse af lytten til den andens tale og til sig selv i mødet med den anden.

Den tid vi lever i er meget optaget af det normative. I forsøget på at udelukke eller fjerne det afvigende, bliver man døv overfor, at det afvigende også er en del af det menneskelige. Det vanvittige hos mennesket lader sig hverken ekskludere eller blot henlægge til de syge.

Uddannelsen bestræber sig på til stadighed at opretholde en ramme, hvor præcis disse forhold kan artikuleres.

Litteratur

Balint, M. (1947). "On the Psycho-analytic Training System." IN: *Primary Love and Psycho-analytic Technique*, s. 253-274. London: Tavistock Publication, 1959.

Balint, M. (1953). "Analytic Training and Training Analysis." IN: *Primary Love and Psycho-analytic Technique*, s. 275-285. London: Tavistock Publication, 1959.

Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Churchill Livingstone, 1986.

Bernfeld, S. (1949). "Das 'Freie' Institut." IN: Karl Fallend/Johannes Reichmayer (Hg.). *Siegfried Bernfeld oder die Grenzen der Psychoanalyse*. Frankfurt/M: Stroemfeld/Nexus 1992. En engelsk oversættelse med titlen "The 'Free' Institute" findes, dog er oprindelsen heraf uklar.

Bernfeld, S. (1952). "On Psychoanalytic Training." Mundtligt oplæg holdt i San Francisco Psychoanalytic Society and Institute. IN: *Psychoanalytic Quarterly*, (med forord af Rudolf Ekstein), 1962, 31:453-482.

Bion, W.R. (1957). "Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities." IN: *Second Thoughts*, kapitel 5, s. 43-64. London: Karnac Books, 1987.

Bion, W.R. (1959). "Attacks on Linking." IN: *Second Thoughts*, kapitel 8, s. 93-109. London: Karnac Books, 1987.

Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Karnac Books, 1984.

DR/dk Nyheder (2023). https://www.dr.dk/nyheder/indland/13-aarig-dreng-talte-til-gerningsmand-i-fields-jeg-er-aegte-ikke-skyd.

Delay, J-C. (2006). "Psykoanalyse og videnskab – kan de undvære hinanden?" IN: Jean-Christian Delay & Elisabet Holst (red.). *en Fandens bestilling*, s. 127-154. København: Frydenlund.

Foucault, M. (1961). Folie et déraison. Historie de la folie a l'age classique. Libraire Plon 1961. Norsk udgave: *Galskapens historie.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1973.

Freud, S. (1910). „Uber 'Wilde' Psychoanalyse". IN: G.W. VIII, s.118-125. Dansk udgave: "Om 'vild' psykoanalyse." IN: *Afhandlinger om behandlingsteknik*, s. 85-92. Oversat af Harry Stokholm. København: Hans Reitzels forlag, 1992.

Freud, S. (1911). "Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)." IN: G.W. VII. Dansk udgave: *Schreber – Psykoanalytiske bemærkninger om et selvbiografisk tilfælde af paranoia (dementia paranoides)*. Udgivet af Ole Andkjær Olsen og Simo Køppe. Oversat af Steffen Jørgensen i samarbejde med udgiverne. København: Hans Reitzels Forlag, 1990.

Freud, S. (1915). "Das Unbewusste". IN: G.W. X s. 264-303. Dansk udgave: "Det ubevidste". Oversat af Ole Andkjær Olsen, Børge Kjær og Simo Køppe. IN: *Metapsykologi 1*, s. 161-200. København: Hans Reitzels Forlag, 1975.

Freud, S. (1916-17a). "Psychoanalyse und Psychiatrie." IN: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. XI. Dansk udgave: "Psykoanalyse og psykiatri". Oversat af Mogens Boisen. IN: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*, forelæsning 16, s.195-205. København: Hans Reitzel, 1978.

Freud, S. (1916-17b). "Die Übertragung." IN: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. XI. Dansk udgave: "Overføringen." Oversat af Mogens Boisen. IN: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*, forelæsning 27, s. 339-353. København: Hans Reitzel 1978.

Freud, S. (1926). *Die Frage der Laienanalyse*. G.W. XIV s. 209-286. Dansk udgave: "Spørgsmålet om lægmandsanalysen". Oversat af O. Cariola, F. Grohmann, L. Lauritsen, B. Rosenbaum. IN: *Lægmandsanalysens aktualitet*, s. 23-112. København: Foregange, 2011.

Freud, S. (1937). "Konstruktionen in der Analyse". IN: G.W. XVI s. 43-56. Dansk udgave: "Konstruktioner i analysen." Oversat af Harry Stokholm. IN: *Afhandlinger om behandlingsteknik* s. 225-237. København: Hans Reitzel, 1992.

Heinskou, T. (2006). "Nordhuset in memoriam (1983-2005)." IN: *Matrix*, Vol. 23, 2006, nr. 2, s. 131-139.

Jørgensen, C. R. (2018). *Den psykoterapeutiske holdning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kernberg, O. F. (1986). "Institutional Problems of Psychoanalytic Education." IN: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1986, 34:799-834.

Kelstrup, A. (1983). *Galskab, psykiatri, galebevægelse: en skitse af galskabens og psykiatriens historie*. Temanummer udgivet af Amalie – Galebevægelsens blad. København.

Klein, M. (1946). "Notat om skizoide mekanismer." IN: *Psykoanalyse af børn*, s.169-200. København: Bibliotek Rhodos, 1973.

Knafo, D. & Selzer, M. (2015) "'Don't step on Tony!' The importance of symptoms when working with psychosis." IN: *Psychoanalytic Psychology*, vol. 32, no. 1, p. 159-172

Lacan J. (1956). « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. » Oprindeligt udgivet i et særnummer af tidsskriftet *La Psychanalyse* (vol. 4, særnummer om psykoserne). IN: *Écrits*, s. 531-583. Paris: Éditions du Seuil, 1966. Dansk udgave i uddrag: "Om psykosens subjekt". IN: Jacques Lacan, *Det ubevidste sprog*, s. 125-142. Oversat til dansk af Per Aage Brandt, Michael Buchwald, Britta Kragh, Ole Andkjær Olsen og Jørgen Mønster Pedersen. København: Rhodos, 1973. Engelsk udgave i uddrag: "On a question preliminary to any possible treatment of psychosis." Oversat af Alan Sheridan. IN: *Écrits – A Selection*, p. 179-225. London: Tavistock, 1980.

Lacan J. (1977). «Ouverture de la section Clinique.» *Ornicar ? Bulletin périodique du champ freudien*, n° 9, 1977, p. 7-14.

Main, T. (1957). "The Ailment." *British Journal of Medical Psychology*, 30, 129-145.

Moskowitz, A. & Montirosso, R. (2019). "Childhood experiences and delusions: Trauma, memory and the double bind." IN: *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology.* 2nd ed. (ed. Moskowitz, A., Dorahy, M. J. & Schäfer), p. 117-140. Chichester, UK: Wiley.

Read, J., Rudegeair, T., Farelly S. (2006). "The relationship between child abuse and psychosis." IN: Larkin, W. & Morrison, A.P. (ed.). *Trauma and Psychosis*. London and New York: Routledge.

Rosa, H. (2013). *Fremmedgørelse og acceleration*. København: Gyldendal.

Rosenbaum, B. (1989). ”Freud og psykiatrien.” IN: *Psyke & Logos*, 1989, årgang 10, nr. 1, 89-101.

Safouan, M. (1983). *Jacques Lacan et la question de la formation des analystes*. Paris: Éditions du Seuil. Engelsk udgave: *Jacques Lacan and the Question of Psychoanalytic Training*. Oversat til engelsk og præsenteret af Jacqueline Rose. London: Palgrave Macmillan, 2000.

Searles, H.F. (1963). “Transference psychosis in the psychotherapy with chronic schizophrenia.” IN: *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 44, part 3, p. 249-281.

Shedler, J (2023). ”Tiden er inde til at psykologien fører an i behandlingen af psykiske lidelser.” IN: *Psykologernes Fagmagasin*, fagkronik 2024-02-06. Oversat af Christina Schacht-Magnussen.

Winnicott, D. (1960a). “Ego Distortion in Terms of True and False Self.” IN: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, p. 140-152. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1965.

Winnicott, D. (1960b). “The Theory of the Parent-Infant Relationship.” IN: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, p. 37-55. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1965.