The center cannot hold. En samtale om psykiatri og selvforstyrrelser

Interview af professor Josef Parnas.

Af Francisco Alberdi [1]

Præsentation

Professor Josef Parnas flygtede fra Polen til Danmark med sin familie i slutning af 1960erne på grund af regimets jødeforfølgelse. Han studerede medicin på Københavns Universitet, blev cand. med i 1974 og Dr.med i 1986. Han har været professor i psykiatri ved Københavns Universitet og overlæge på Hvidovre Hospital og senere på Psykiatrisk Center Glostrup. Han har været medstifter og forsker ved Center for subjektivitets forskning ved København Universitet: https://cfs.ku.dk/

Hans forskningsarbejde har været centreret omkring skizofreniens risikofaktorer, udvikling og psykopatologi, samt subjektivitet og selvforstyrrelser set fra en fænomenologisk synsvinkel.

Han har flere hundrede publikationer citeret mere end 26.000 gange. Hans H-index er 89. Han er fortsat aktiv som professor emeritus ved Psykiatrisk Center Glostrup og senior forsker ved Center for Subjektivitets forskning.

Det følgende var tænkt som et formelt interview, hvor vi skulle drøfte nogle kerneelementer i professorens faglige virke. Men samtalen udviklede sig hurtigt til en samtale mellem to kolleger, som har fulgt parallelle men forskellige retninger i deres respektive psykiatriske karriere.

1. Francisco Alberdi. Psykiater og psykoterapeut. alberdi_olano@dadlnet.dk

FA
Jeg har forberedt 10 spørgsmål, men det kan være at vi kun når 3. Det må tiden vise. Min tanke er, at vi skal gå fra de overordnede til de mere konkrete psykiatriske spørgsmål. Det første spørgsmål er meget overordnet.

Hvordan synes du, at forståelsen af psykosens væsen har ændret sig i de seneste 45 år, hvor vi begge har været i psykiatrien?

Synes du, at vi er kommet til en fælles forståelse af psykosens væsen og dens behandling?

JP
Jeg går ud fra, at vi taler om danske forhold. Hvis man kan sige noget generelt, så vil jeg sige, at udviklingen er gået den modsatte vej. Det vil sige, at for 40 år siden havde psykiaterne et ret klart billede af, hvad en psykose var for noget. De blev undervist i, hvordan man genkender psykoserne, og den viden er efterhånden gået tabt. Der er et ekstra aspekt i det. For 40 år siden havde vi en diagnostisk vurdering, som var meget baseret på et helhedsbillede. Man undersøgte både den sociale anamnese, de interpersonelle relationer, hvordan livet var for patienten, hvorfor patienten kom netop på det her tidspunkt, hvilke symptomer og hvilke problemer han havde på hvilke områder. Man kan sige, at dengang var diagnosen i høj grad baseret på en form for gestalt oplevelse af patienten.

Ikke forstået på den måde at der var tale om en eller anden form for intuition, men man havde et eller andet helhedsbillede, som man enten fik afkræftet eller bekræftet ved hjælp af specifikke spørgsmål og informationer.

Over de 40 år der er gået, er den måde at anskue psykopatologi på i praksis gået tabt, således at folk i dag hæfter sig ved, hvad det momentane billede er her og nu uden noget hensyn til den omliggende tid, historien med videre. Man fokuserer nu på et øjebliks billede, nogle aktuelle symptomer og ikke en helhed. Det vil sige, når patienten græder, må han være deprimeret, og hvis han samtidig er udadreagerende, så kan det betyde, at der er tale om en blandingstilstand. Diagnosticeringen foregår nu på sådan et opstykket og meget primitivt niveau. Det gør, at psykosen meget ofte ikke bliver genkendt.

Det betyder, at med mindre patienten mere eller mindre spontant fortæller, at han hører stemmer, eller føler sig forfulgt, eller bliver aflyttet eller lignende bliver

psykosediagnosen ikke givet. Så får patienten alle mulige andre diagnoser, ofte flere på en gang. Jeg vil sige, at der sker en slags regression i, hvad psykiatere er i stand til at genkende. Hvis du spørger en psykiater i dag, hvad en psykose er, så vil mange svare, at det er når man hører stemmer, eller føler sig forfulgt, og de vil ikke kunne komme med en mere abstrakt definition. Eller de vil sige, hvis de kan huske noget fra deres lærebog, at det har noget med realitetstestning at gøre, men de vil ikke kunne forklare dig, hvad det så går ud på.

Som eksempel på det, vil jeg sige, at i den foreliggende udgave af den officielle lærebog i klinisk psykiatri defineres psykose netop ikke, der omtales ikke psykose som begreb.

FA
Den første lærebog i psykiatri vi læste i 1970erne, var Erik Stømgrens lærebog. Senere i 1994, da vi var godt i gang med vores psykiateruddannelse, udkom Ralf Hemmingsen første udgave af hans lærebog i klinisk psykiatri.

JP
Ja, jeg var med i de to første udgaver. Jeg trak mig tilbage fra den tredje udgave. Og så vidt jeg ved, jeg har ikke selv læst det, men jeg har fået det fortalt af nogle kolleger, indeholder kapitlet ikke nogen psykosedefinition.

FA
Jeg tror, jeg kan følge din tankegang. Du mener, at udvikling i psykosediagnose er gået fra at arbejde med et helheds- eller gestalt billede til at tænke mere i retning af enkelte symptomer, som er løsrevet fra konteksten.

JP
Og fra hinanden.

FA
Så udviklingen i stedet for at gå i positiv retning i de år der er gået, er der i virkelighed sket en forringelse.

Hvordan er det gået med behandlingen? Vi taler fortsat om Danmark. Synes du, at der er sket en ændring, eller måske en forbedring i perioden?

JP
Det bliver igen en generalisering. Der er nogle patienter, som hvis de er meget

heldige og går til en god kollega, så får de en god behandling. Men generelt vil jeg sige, at for det første er der sket det, at antal patienter, som kommer til lægen, er voldsomt øget. Lægernes arbejdstid er samtidigt blevet meget kortere, end den var før. Og lægernes uddannelse er blevet dårligere, altså den kliniske uddannelse. Der er stort set ingen steder, hvor der er bedside undervisning eller ugentlig klinisk undervisning, hvor man diskuterer en eller anden case. Det findes ikke, så basalt set er der ikke nogen undervisning. Folk er stort set autodidakter.

FA
Men vi har jo de regelmæssige obligatoriske specialistkurser, de specialespecifikke kurser, som de vist hedder nu om dage.

JP
Ja, det er meget fint med de kurser, men de burde være sådan en slags afrunding på al den viden, som lægerne har erhvervet sig under de kliniske ophold. Så hvis man skulle sige det lidt provokerende, så vil jeg sige, at blandt personalet opfattes patienten som en fjendtlig størrelse. Altså der dukker en ny patient op i skadestuen, og personalets første tanke er, hvordan får vi ham ud ad døren.

FA
Er det så slemt?

JP
Ja, det er det. Igen, det er ikke altid sådan, der er masser dedikerede personale. Men hvis du spørger, hvordan det er i forhold til før, så er systemet enorm presset, der er ikke senge nok, man kan ikke indlægge patienten og dette gør, at patienten bliver en fjende. For hvis det nu er fredag eftermiddag, og der er kun én ledig plads, og der kommer tre dårlige patienter, så tænker man uundgåeligt på at udskrive patienten hurtigst muligt. Så mit svar her er det samme som til det første spørgsmål du stillede. At det går i den forkerte retning.

FA
Betyder det, at mulighed for at have en almen menneskelig relation til patienterne er blevet forringet?

JP
Ja, fordi antallet af opgaver bliver flere og flere og den uddannelse man har hjemmefra, bliver ringere og ringere.

FA
Men som du selv siger, hvis man er heldig, kan det godt være at patienten kommer i behandling et godt sted?

JP
Ja, ja. Man kan komme et godt sted og få en god behandling. Men det generelle billede er at der er sket en forringelse.

FA
Mit næste spørgsmål angår dit kapitel om skizofreni i Ralf Hemmingsens lærebog, som jeg omtalte før. Vi var unge som den gang læste kapitlet med stor interesse, blandt andet fordi du beskrev skizofreniens psykopatologi på en meget fyldestgørende og samtidigt klar og forståelig måde. I kapitlet introducerer du i øvrigt den fænomenologiske filosofi og dens betydning for forståelse af patienternes sindstilstand.

Det var første gang, at mange af os unge psykiatere læste om den fænomenologiske filosofi og dens betydning for psykiatrien. Vi blev noget forundrede og tænkte, hvad er det her for noget og hvor kommer det fra? Vi havde lært noget om klassisk biologisk og epidemiologisk psykiatri, og nogle af os var i tiltagende grad blevet psykodynamisk orienteret inspireret af Thorkil Vanggaard, Henning Paikin, John Vitger og engelske psykoanalytiske kolleger. Men pludselig kommer du med en helt anden måde at se på patienternes lidelse og mentale oplevelser. Hvor fik du inspirationen fra?

JP
Det er ikke sket på den måde, at jeg vågnede op om natten og hørte en åbenbaring. Det er en lang proces. Det er sket på den måde, at da jeg var færdig med min almen somatisk uddannelse som praktiserende læge og fik det, der dengang hed B-autorisation, søgte jeg en stilling i neurologi, og fik en stilling på Dianalund epilepsi-hospital. Der begyndte jeg at forske med nogle kolleger, der var meget engagerede i epilepsiforskning, og på et tidspunkt havde jeg publiceret to artikler. Den ene i Acta Psychiatrica Scandinavica hos Strømgren om synshallucinationer hos børn, der havde en sjældent sygdom, der hedder Spielmeyer-Vogt-sygdom. Det er en form for demensforstyrrelse, der indtræder i barndommen og ledsages af blindhed. Vi beskrev deres synshallucinationer og publicerede en artikel. Og så søgte jeg kursudstilling på Kommunehospitalet.

FA
Med overlægerne Joseph Welner, Fini Schulsinger osv?

JP
Ja, blandt andet Welner og Schulsinger. Der foregik en kæmpe skizofreniforskning. De var i gang med de verdenskendte amerikansk-danske skizofreniundersøgelser. Jeg blev meget hurtigt inddraget i disse undersøgelser og blev klinisk assistent i afdelingen. Jeg var enormt interesseret i mange spørgsmål. Jeg havde læst Bleuler, og jeg var meget interesseret i spørgsmålet om autisme. Det er en af de første ting jeg blev fascineret af. Jeg syntes ikke at Bleulers beskrivelsen af autisme, var fyldestgørende. Når han siger at man ikke har kontakt med patienten, er det ikke helt det samme, som de specifikke fornemmelser man får, når man har at gøre med patienter, der er rigtig syge med skizofreni. Så jeg begyndte at læse nogle andre tekster, nogle fænomenologiske tekster. Jeg læste Karl Jaspers bog om psykopatologi, men jeg syntes ikke, at hans beskrivelse af fænomenologien var tilstrækkelig. Jaspers fænomenologi går ud på at beskrive patientens subjektive oplevelse detaljeret. Men den mere filosofiske fænomenologi nøjes ikke alene med at beskrive den subjektive oplevelse, den skaffer også nogle muligheder for at udtaler sig om, hvordan bevidsthedsstrukturer må være for at producere et indhold af den type.

Forstår du, hvad jeg mener?

FA
Ja, det tror jeg. Det er ikke kun beskrivelsen af oplevelsernes indhold, som betyder noget men mere den struktur, der ligger under.

JP
Det er netop strukturen som er vigtig. Jeg kom på et tidspunkt i kontakt med en schweizisk kollega, Pierre Bovet, som var interesseret i samme spørgsmål. I den forskning, jeg lavede på Kommunehospitalet, havde jeg efterhånden føjet nogle fænomenologiske elementer til, og jeg startede med at lave nogle kliniske undersøgelser ud fra en fænomenologisk synsvinkel. Jeg syntes, at det er den eneste måde, man kan forstå psykoser på, eller man kan forstå skizofreni helt præcis. Måske ikke alle psykoser men i hvert fald skizofreni. Fordi man kan sige, at skizofreni afskiller sig fra alle andre psykiske lidelser ved at... hvordan kan man forklare det? For nu at bruge den fænomenologiske jargon hvis man inddeler virkeligheden i nogle lag, det daglige lag, hvor vi ser nogle genstande

og taler sammen, det kaldes for det ontiske lag. Altså ontiske, det vil sige det virkelige, det der foregår og det der kan ses og tales om. Men under det ontiske niveau er der et ontologisk niveau. Det vil sige, at der er nogle tidsstrukturer, rumstrukturer og den slags ting, som indsnævrer muligheden for det ontiske. Forskel på skizofreni og alle andre psykiske lidelser er, at alle psykiske lidelser udspiller sig på det ontiske niveau. Men det der er specifikt for skizofreni, og det tror jeg, er det som mange gode klinikere fornemmer som mærkværdigt ved skizofreni, som noget uindleveligt ved skizofreni, det er netop det faktum, at det er det ontologiske, der er forstyrret. På den måde kom det ind, og jeg publicerede det første internationale paper om det i 1991 sammen med Pierre Bovet. Og nu har det udviklet sig til en hel gren af psykiatrien, hvor folk publicerer artikler om emnet over alt.

FA

Da jeg begyndte at kigge på din karriere, publikationer osv., kom jeg til at tænke på, at dengang du startede, altså i slutningen i 80'erne eller begyndelse af 90´erne, må du have følt dig noget ensom rent fagligt. Du havde en helt anden måde at forstå og tænke på de fænomener, vi mødte hos patienterne i klinikken. Men du fandt heldigvis en filosof at dele dine tanker med.

JP

Nej, jeg fandt ikke en filosof. Jeg fandt Pierre Bovet, han var ikke filosof, han var psykiater. Han er død nu desværre. Vi mødtes i Reykjavik til et symposium, hvor vi begge holdt foredrag over samme session. Vi snakkede i pausen og gik ud og drak os fulde. I Reykjavik er der sådan fire gader, der er dannet i firkant, og man går fra bar til bar. Det gjorde vi så og blev meget nære venner. Det var ret sjovt.

FA

Vi taler nu om 1991 og allerede på det tidspunkt, var du godt bevandret i den fænomenologiske tankegang og havde mere eller mindre besluttet, at det var den retning du ville følge i din forskning og kliniske karriere. I 1992 udkom Louis Sass bog Madness and Modernism, som vi alle sammen læste med stor interesse og med en fornemmelse af, at her var der nogle meget vigtige synsvinkler, som på en eller anden måde var gledet ud og glemt i psykiatrien. Du begyndte at samarbejde med ham kort tid efter.

JP

Ja, jeg havde ikke set Madness and Modernism, men jeg læste hans næste bog

The Paradoxes of Delusion og blev meget begejstret, fordi den også var fænomenologisk baseret. Jeg skrev et brev til ham, det var før e-mail blev populært. Han blev meget begejstret over mit brev, for der havde ikke rigtigt været nogen reaktion på hans bog. Vi aftalte at mødes, og så kom jeg til New York. Jeg rejste meget til USA dengang på grund af de skizofreniprojekter, jeg omtalte før. Så vi spiste middag sammen og fandt ud af, at vi var på bølgelængde. Vi blev gode venner og begyndte at mødes enten her eller i USA og skrev en del sammen.

FA
I den periode var gruppen af yngre psykiatere i Danmark delt i to grupper. Den ene del var mere epidemiologisk og biologisk orienteret, og den anden var mere psykodynamisk orienteret. Men allerede dengang i begyndelsen af 90'erne havde mange af os, som var psykodynamisk orienteret også interesse for fænomenologi. Vi forsøgte at følge med i den fænomenologiske teori efter bedste evne, men havde en fornemmelse af afstand eller en kløft mellem det fænomenologiske og det psykoanalytiske grundlag. Det var spørgsmålet om bevidsthed og det ubevidste. Vi psykodynamisk orienterede kunne ikke forlige os med, at man kan nøjes med at se på bevidsthedens indhold og struktur og ikke tage de ubevidste psykiske fænomener med i regningen.

JP
Jeg vil svare på den måde, at oprindelig var jeg også meget interesseret i psykoanalyse. Jeg var mere interesseret i Jung end i Freud. Jeg synes, at Jung havde fat i noget mere dybtgående og essentielt end Freud. Så jeg gik i Jung-analyse hver morgen i to år, tror jeg. Desværre skete det under en meget ubehagelig periode i mit liv, hvor min bror begik selvmord. Så det blev ikke en egentlig analyse, det var mere krisebehandling. Jeg fik ikke så meget ud af det. Jeg fik noget ud af det, men ikke det jeg havde regnet med, at jeg ville.

FA
Du fik måske ikke så meget fagligt, men du fik noget personligt?

JP
Ja, det er det, jeg mener. Men så holdt jeg op, fordi der var masser af andre ting, jeg var optaget af og jeg måtte jo vælge, hvad jeg ville lave og hvad jeg skulle gøre. På Kommunehospitalet havde vi undervisning og supervision i psykodynamisk psykoterapi. Det forløb gennemgik jeg også. Men som sagt, jeg var på det tidspunkt meget involveret i empirisk forskning om skizofreni i en follow-up under-

søgelse af børn med skizofrene mødre. Jeg havde derfor ikke tid til at interessere mig dybere i psykoanalysen. Jeg har altid læst noget i de gængse bøger fra amerikanske og engelske psykoanalytikere, men så kom perioden med fænomenologi, og jeg kom aldrig tilbage til psykoanalysen.

Jeg vil sige, at der er flere grundlæggende forskelle mellem psykoanalyse og fænomenologi. For det første, psykoanalysen fortæller ikke noget om bevidsthedens strukturer, som er afgørende for det kliniske billede og for den syge person. Men den væsentligste forskel er opfattelsen af det ubevidste. I psykoanalysen, hvis man tager det bogstaveligt, hvad Freud har sagt, er det ubevidste netop ubevidst! Altså man kan ikke komme ind i det ubevidste. På det væsentlige punkt er det ubevidste altid det ubevidste. Man kan sammenligne det freudianske ubevidste med Kants "Ding an sich", som en slags Noumenon, det uerkendelig, det vi aldrig vil lære at kende. Vi kan lære en masse af fænomener omkring det, som fortæller os lidt om, hvad der måske kan være der. Men kernen i det ubevidste er et slags Noumenon område for os.

Fænomenologien vil sige, at der ikke er nogen Noumenon. Vores afdækning af fænomenerne sker gradvis, og vi når aldrig til slutningen. Men ikke fordi der er Noumenon, men fordi der er uendelige mange aspekter i det. Så fænomenologien vil sige, at det ubevidste ikke er Ding an sich, tingen i sig selv. Det er det ikke.

Men jeg kan ikke sige dig, hvilken betydning det har i praksis, hvorvidt en psykoterapeut med fænomenologisk orientering gør tingene væsentligt anderledes end en med psykodynamisk orientering.

FA
Det er ellers en ret vigtig spørgsmål, om det fænomenologiske blik kan tilføre noget til psykoterapien som det psykodynamiske blik overser.

JP
Ja, det er ret vigtigt.

På et praktisk niveau, har jeg altid tænkt, uden at have undersøgt det, at hvis vi især taler om psykoterapi af psykoser, hvordan i alverden kan man lave psykoterapi af psykoser, hvis man ikke kender til den mentale dynamik af en psykotisk tilstand? Og det gør de fleste psykoterapeuter ikke, fordi de ikke har nogen fænomenologisk uddannelse og indblik.

FA
Hvordan kan man lave psykoterapi af psykoser, det er netop det spørgsmål, jeg ville stille dig. Jeg begynder nu at fantasere. Jeg er jo også psykiater, og jeg har haft en del skizofrene patienter i længerevarende psykoterapi, samme patient igennem flere år. Jeg har fulgt dem fra det første sammenbrud og igennem den efterfølgende større eller mindre restitutionsfase, hvor de udviste en nærmest normal måde at opleve verden på. De kunne igen få et rimeligt godt forhold til familien og endda finde sig en kæreste og et arbejde. Men lidt efter lidt eller ret pludseligt kunne de får et tilbagefald, og så var fanden løs i bogstavelig forstand. De blev umådelig forpint af deres psykotiske symptomer, og så kom der igen en dyb kløft mellem min måde at opleve verden på, at forstå hvad patienten talte om, og patientens måde at opleve situationen og sig selv på. Den pludselig kløft i relationen under det psykotiske sammenbrud er en meget vanskelig situation at håndtere som psykoterapeut.

Som psykoterapeut bliver man ved i situationen med at fokusere på livsnære ting, patientens følelser og relationer, men det virker som om det nu er fuldstændig irrelevant for patienten. Eller endnu værre når man som læge prøver på at lindre patientens øjensynlige smerte og tilbyder noget andet eller noget mere medicin, og kan mærke patientens blanding af skuffelse, sorg og vrede. Det er faktisk en meget svær problematik.

Fænomenologien kunne måske bidrage på en eller anden måde til at forbedre den gensidige forståelse og derved terapien med psykotiske patienter. Jeg tænker her på begrebet dobbeltbogholderi.

JP
Ja, netop. Jeg ved ikke, om du har læst nogle af artiklerne om det.

FA
Jeg har for nylig læst din kone Annick Urfer Parnas artikel om det.

JP
Det mener jeg er en af de absolut væsentligste ting at forstå, når man skal behandle psykotiske patienter. Folk forstår ikke, hvad begrebet indebærer. De fleste forstår dobbeltbogholderi på den måde, at patienten har en psykotisk verden, men at han alligevel kan adaptere sig til det normale liv. Men det er mere kompliceret, for patienten er nødt til at være i den fælles verden, ellers vil han gå til af

sult, kulde, eller sygdom. Sagen er, at den oprindelige psykotiske oplevelse, den psykotiske kerne, er en affektiv begivenhed. Det er en slags affektion af selvet, som ikke bliver integreret i den normale cyklus af bevidsthedens funktioner.

FA
Jeg tror, at du et sted har kaldt det en slags åbenbaring. Oplevelsen kan ikke diskuteres

JP
Ja, oplevelsen har karakter af en åbenbaring, det vil sige, at det ikke er en intentionel oplevelse, hvor der er et subjekt og et objekt. Det er noget, der åbner sig i selvet. Og den åbenbaring har den kvalitet, at den er uomtvistelig. Altså den er uomtvistelig sand.

I det psykotiske tilfælde har vi den situation, at patienten på en eller anden måde har en oplevelse af eller en adgang til et domæne, som andre mennesker ikke har adgang til. Og det er i det rum, hvis man kan bruge det ord, at de psykotiske fænomener udspiller sig. Og patienten opgiver det ikke. Det vil sige, at selvom han holder op med at tale om sine vrangforestillinger og ikke længere er hallucineret, eller måske er hallucineret men ikke fortæller om det, har han konstant den følelse, at han er lidt anderledes end du er. Fordi han ved at det der er, er en slags simulakrum (simulations rum), og bagved er der en slags sandere virkelighed, som han har adgang til.

FA
Mener du, at når man først har fået den oplevelse, vil den vare evigt?

JP
Den går som regel ikke over i hvert fald.

FA
Det kan ikke behandles?

JP
Nej jeg vil ikke sige, at det ikke kan behandles. For hvad vil det sige at behandle en psykotisk patient. Behandling af en psykotisk patient, det er at mindske patientens lidelse og øge hans adgang til omverden. Det vil sige, at det som behandlingen går ud på, først og fremmest er at anerkende, at patienten har en anden måde at opleve

verden på. Også en anden måde end den du har, når du oplever tingene. Men på en eller anden måde må man sammen med patienten finde ud af at have en balance mellem disse to indstillinger. Der bliver i øjeblikket publiceret mange firstperson-accounts, f.eks. i Schizofrenia Bulletin som beskriver disse fænomener meget godt.

FA

Der findes også en række bøger som for eksempel Elyn R. Saks fremragende bog, The Center Cannot Hold, hvor hun beskriver disse fænomener. Men som psykiater, kommer man i situationer hvor ens viden ikke slår til. Man behandler en patient, som har haft det rimelig godt i mange måneder, måske år, og som pludseligt får et tilbagefald og får det dårligt. Man kan se at patienten lider usigeligt og bliver besat af forfølgelsesforestillinger eller andre pinefulde oplevelser. Det første man tænker som læge er, hvordan kan jeg hjælpe ham, hvordan kan jeg lindre smerten? Som det skete med den patient, jeg omtalte før. Patienten blev igen plaget af anklagende nærmest sadistiske stemmer, og jeg foreslog så omsorgsfuld som muligt, om det ikke var en idé at går op i medicin bare en måneds tid, til han fik det lidt bedre. Vi havde været i samme situation flere gange tidligere og det var gået rimelig godt. Men som sagt, på det pågældende tidspunkt blev patienten voldsomt såret og vred over, at jeg kunne foreslå sådan noget. Jeg tænkte at patienten må have følt, at jeg misforstod ham og efterlod han alene.

JP

Ja, jeg ved ikke, hvordan den patient havde det. Men jeg kender godt situationen. Der gælder det om at finde et eller andet lille aspekt ved hans tilstand, som ikke har at gøre med hans store psykotiske planer og projekter. For eksempel hvis patienten har svært ved at sove, kan man foreslå at øge medicinen, så han kan sove lidt bedre og have mere energi til at gøre de ting, han ellers gerne vil.

FA

Jeg kan forstå hvad du mener. Kernen i en fænomenologisk tilgang, ville i første omgang være at fornemme, hvad patienten oplever, og at acceptere at patientens oplevelser er for ham lige så virkelige, som det jeg oplever på vejen.

JP

Ja det er virkelig for ham. Jeg vil ikke sige, at for ham er det lige så virkeligt, som at han ikke skal gå ud foran en bus. Men det er sandt for ham. Det er måske pseudovirkeligt, men det er absolut sandt. Det er ret kompliceret men det er meget godt at kende det som kliniker.

FA
En anden ting man også bliver konfrontere med som kliniker, når man følger sådan en patient er spørgsmålet om kausaliteten.

Patienten har haft det godt i længere tid, han taler ikke så meget om de psykotiske oplevelser, han håndterer situationen bedre, er mere rolig og nærværende, men begynder igen at få det dårligt. Her kommer spørgsmålet om kausaliteten. At finde ud af hvad der mon har fremprovokeret sammenbruddet.

JP
Det er det fornuftigste, man kan gøre i situationen. Der er nogle kolleger, som anser skizofreni som en ren biologisk sygdom, selvom man ikke kan forklare, hvad der er sygt i hjernen. De vil sige, at sygdomsforløbet skulle være udtryk for nogle interne fluktuationer i hjernen. Men sådan er det ikke. Altså, forværringer kommer, fordi der sker noget. Men det er ikke altid nemt at få fat i, hvad der er sket. Og man kan blive overrasket. Jeg kan give dig et eksempel. Jeg havde en patient på Hvidovre hospital. En ca 40 år kvinde, som havde et lidt flagrende uddannelsesforløb. Hun var meget begavet, havde været lidt i Paris og forsøgte at studere litteratur i København. Så blev hun indlagt hos os i en ret forpint tilstand med en svær opløsning af jeget, af selvet. Hun havde masser af forskellige symptomer.

Men spørgsmålet var, hvad i alverden havde gjort, at hun blev så dårlig? Ud fra anamnesen kunne man fornemme, at hun altid havde været lidt dårlig. Men ikke som i den nuværende episode. Så fortalte hun, ikke fordi jeg spurgte om det, men det kom nærmest tilfældigt. Hun fortalte at hun havde en kæreste, og at de havde sejlet i en båd fra Italien til København. Og kæresten ville gerne åbne et værksted på Holmen eller et sted deromkring. Hun ville gerne låne penge af sin velhavende far til startkapital. Men det nægtede faren. Han nægtede at låne hende penge og for hende var det et enormt slag, fordi hun havde troet, at han elskede hende og ville gøre alt for hende som hans datter og ikke komme med et afslag. Det var ikke sådan, at de ikke kunne klare sig, og det var måske lidt mere tricky end bare det afslag. Der var lidt mere i det. Hun fortalte om det og begyndte at græde. Det havde været enormt traumatiserende for patienten. Men jeg fik det at vide tilfældigt.

FA
Hvis du havde spurgt om noget andet så...

JP
Så var der nok kommet en anden historie.

FA
Jeg har en tilsvarende historie, også om en patient med skizofreni. Det var en yngre mand på ca. 35 år med gode relationelle evner trods sin sygdom. Han havde haft det ret godt i et par år, men jeg begyndte at mærke at han langsomt fik det værre og værre. Det viste sig, at han var blevet forelsket i en ung kvinde og hans tilstand udviklede sig fra forelskelsens ekstatiske tilstand til et voldsomt psykotisk sammenbrud. Kærligheden eller drømmen om at danne par, frygten for at miste kæresten og blive forladt af hende, eller hvad ved jeg, væltede ham fuldstændig. Egentlig helt vanlige konflikter hos os alle, specielt i denne "flydende tid". Det er lidt forskelligt, hvad der kan gøre, at de forskellige mennesker bryder sammen. Patienterne har åbenbart en særlige følsomhed omkring forskellige katatyme områder, som kan provokere et sammenbruddet.

Jeg tror jeg har spurgt om det meste. Det andet har mere karakter af en konstatering. I løbet af 00erne blev din og dine medarbejderes teoretiske afklaring af, hvad fænomenologien indebar for forståelse af de subjektive oplevelser indenfor det skizofrene spektrum mere og mere kendt på verdens plan. Det vigtigste var måske ikke den teoretiske afklaring men jeres arbejde med at skabe betingelserne for empiriske undersøgelser af de psykotiske fænomener, sådan som de opleves af patienterne. Jeres arbejde med at udvikle EACE (Examination of Anomalous Self-Experience) og dens anvendelse i klinikken skabte håb for psykiatriens videre udvikling omkring skizofreni.

I forbindelse om abnorme selvoplevelser og diagnoser har jeg et andet vanskeligt og kontroversielt spørgsmål. Kan du huske da Breivik foretog massemord på Utøya i 2011. Et halvt år efter fandt der et møde sted på Psykologisk Institut på Københavns Universitet om hele sagen, hvad fejler han, hvilken diagnose er mest dækkende osv. Der kom en gruppe norske psykologer og enkelte psykiatere til mødet. Det viste sig under mødet, at der var en dyb kløft mellem psykiaterne, som mente, at Breivik på en eller anden måde var psykotisk og de fleste psykologer, som tværtimod mente, at han lider af en svær personlighedsforstyrrelse, en malign narcissisme.

Jeg ved, at du har skrevet en artikel om sagen. Kan du fortælle lidt om, hvad er det for nogle tanker, du gjorde dig i den forbindelse?

JP
Jeg tror, det vil føre os tilbage til det allerførste spørgsmål om opfattelsen af psykose. Det er helt klart, at han var sindssyg. Det kan man se i den første retserklæring. Han forbød sin mor at komme ind på sit værelse og gik med maske derhjemme for ikke at blive smittet, det var 10 år før Coronaepidemien. Hun satte maden på gulvet foran hans dør. Der var masser af andre tegn. Han kaldte sig kommandør Breivik, da han blev anholdt og mente at han var chef for en fuldstændig fiktiv modstandsgruppe.

FA
Templarerne.

JP
Så begyndte man at snakke om han var sindssyg eller ej. I Norge blev folk enormt bekymrede for, hvis han fik en psykiatrisk sanktion, at han var på gaden igen to år efter. Han ville jo komme i forvaring, han ville aldrig komme ud igen, men det vidste folk ikke. Det var en fantasi om den psykiatriske behandling. Selve statsministeren sagde, at det var bedre, at han var almindelig kriminel end at han var sindssyg. Og så lavede man nummer to retserklæring. I Danmark ville den slags indblanding fra politisk hold ikke kunne ske.

FA
Er du sikker?

JP
Ja, det ville ikke forekomme i Danmark. Men han blev så undersøgt igen, hvor de gjorde sig umage for at tilbagevise hvert eneste statement fra den første erklæring og gav ham forskellige diagnoser som narcissisme. Det blev opfundet til lejligheden.

FA
Jeg spørger, fordi jeg var med til mødet på Københavns Universitet. Jeg kan huske, at jeg tænkte, tænk at højtuddannede folk kan være så grundlæggende uenige om noget så alvorligt som det her. Det er bekymrende, tænkte jeg.

JP
De var måske ikke så højtuddannede.

FA

Apropos den historie og gråzonen mellem det enkelte menneskes mere eller mindre særprægede overbevisninger og de sygelige bizarre vrangforestillinger. Jeg kommer i den forbindelse til at tænke på den meget smukke historie, som du har fortalt i et af dine skrifter om en ung fyr fra Helsinki, som blev indlagt akut på psykiatrisk afdeling i voldsom angst, overbevist om at Rusland ville invadere Finland den følgende dag. Du beskriver detaljeret den unge læges fortvivlede forsøg på at finde fodfæste og adskille det gran af sandhed, som kunne være gemt i patientens udsagn fra hans mistanke om at patienten var psykotisk. "Endelig, skriver du, hvis patienten fortæller dig at Russerne invaderede Finland allerede for tre år siden, men at ingen har opdaget det, vil du nok formode, at patientens "invasionsbegreb" ikke stemmer overens med dit eget begreb (…) måske pegende på en grad af irrationalitet som retfærdiggjorde psykose diagnosen. ". Når man læser den historie, i hvert fald, når man er psykiater og kender til disse situationer, kan man nemt identificere sig med lægens fortvivlelse. Jeg kan se at manden er syg, men hvordan kan jeg beskrive det, så alle kan forstå det.

Det sidste spørgsmål har at gøre med psykoterapien. Den psykoterapeutiske holdning eller den terapeutiske alliance. En af de ting jeg husker at have læst i tidernes morgen var Jaspers distinktion mellem ægte eller primære vrangforestillinger fra sekundære vrangforestillinger. Vi er tilbage i kernen af den psykotiske oplevelse, kan man sige. Du har selv beskrevet problematikken flere forskellige steder, distinktionen mellem patienternes fejlagtige eller misforståede bedømmelser af et eller andet, det vil sige de sekundære vrangforestillinger, fra de primære vrangforestillinger, som er en umiddelbar og direkte oplevelsesmåde, uden foregående refleksivt arbejde, som har karakter af åbenbaring. Som psykiater, der følger en patient med skizofreni over tid, oplever man, at man pludseligt kan blive konfronteret med en anden oplevelsesmåde, en anderledes sindstilstand, en anden verden. Der er ikke bare tale om sekundære vrangforestillinger. Det er tale om primære vrangforestillinger.

Det er sådan en situation, jeg fortalte om tidligere, om patienten som havde fået det meget dårligt, og jeg spurgte ham, om han ikke ville have mere medicin. Som sagt, det faldt bestemt ikke i god jord. Problemet i sådan en situation er den terapeutiske alliance. Hvis man holder fast i, at patienten befinder sig i en radikalt anderledes sindstilstand eller oplevelsesmåde, en anden rationalitet, kan man sige, så kan man som terapeut opleve en form for afstand eller kløft i relationen. Vi kan ikke forstå hinanden, vi snakker om to forskellige ting, vi kan dårlig nok

holde ud at være sammen, sådan at den terapeutiske relation kan blive beskadiget eller forstyrret eller i hvert fald vanskeliggjort.

JP

Jeg er ikke helt enig. Jeg er enig i, at det er vanskeligt. Jeg har også haft meget klinisk arbejde igennem alle de år, jeg har været ansat. Jeg vil tilbage til, at man er nødt til at insistere på sin egen oplevelse af verden. Man skal ikke følge patientens præmisser, men man kan gøre det på en måde, der ikke nedvurderer den andens synspunkt. Der er ikke et andet niveau, der er et andet synspunkt. Som jeg nævnte før, det gælder om at finde et område, hvor man kan fortsætte dialogen. Som for eksempel søvnbesvær, eller tilbøjelighed til at blive voldsomt irriteret. Et eller andet, som gør det muligt, at hæfte sig på patienten og bevare alliancen. Man kan også gå ind i de psykotiske fænomener. For eksempel nogle af de psykotiske fænomener, der gør patienten voldsomt angst og voldsomt forpint. Så kan man for eksempel sige noget om, at hvis du får noget medicin, så vil du i hvert fald være lidt mere rolig, og tingene vil ikke gå dig så voldsomt på. Du vil ikke kunne forandre noget som helst med hensyn til de stråler, der kommer fra rummet for eksempel, men du vil ikke lide så meget.

FA

En af de ting, som vi som psykoterapeuter eller psykiatere har savnet fra den fænomenologiske side har været en terapeutisk teori, nogle retningslinjer eller en metode, til at håndtere de meget vanskelige psykotiske patienter på en måde, som er kreativ.

JP

Desværre er der ikke meget hjælp at hente der. Mig bekendt har man ikke historisk set udviklet meget terapeutisk viden inden for fænomenologien. Det er først nu, at man begynder at investere i psykoterapeutisk forskning knyttet til fænomenologien. Det kan godt være, at der kommer noget i fremtiden, men hvis man kigger på, hvad der faktisk er af klinisk tilgængelige redskaber er der ikke meget. Mig bekendt er der ikke nogen, der har beskæftiget sig systematisk med det.

Omtalt litt. under samtalen

E Strømgren. 1976. Psykiatri. Munksgaard, København.

R Hemnningsen. 1994. Klinisk psykiatri. Munksgaard. København.

J Parnas, F Schulsinger, TW Teasdale, H Schulsinger, PM Feldman. 1982. Perinatal complications and clinical outcome within the schizophrenia spectrum.The British Journal of Psychiatry 140 (4), 416-420.

J Parnas, F Schulsinger, H Schulsinger, SA Mednick, TW Teasdale. 1982. Behavioral precursors of schizophrenia spectrum: A prospective study. Archives of General Psychiatry 39 (6), 658-664.

J Parnas, P Bovet. 1991. Autism in schizophrenia revisited

Comprehensive psychiatry 32 (1), 7-21

L Sass. 1992. Madness and modernism. Ithaca, NY.

L Sass. 1994. The paradoxes of delusion. Ithaca, NY.

J Parnas, J., LA Sass. 2001. Self, solipsism, and schizophrenic delusions.Philosophy, Psychiatry, & Psychology 8 (2), 101-120

LA Sass, LA.,Parnas, J. 2013. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophrenia bulletin 29 (3), 427-444.

ER Saks. 2007. The center cannot hold. New York, NY:Hyperion.

J Parnas. 2013. The Breivik case and "condition psychiatrica". Wold Psychiatry, 12, 21-22.

J Parnas. Philosophical and phenomenological perspectives on psychosis. 2018. In F Waters and M Stephane. The assessment of psychosis. Routledge, NY, London.

J Parnas, P Møller, T Kircher et al. 2005. EASE: Examination of anomalous self-experience. Psychopathology.38 (5), 236.

H Stephensen at al. 2024. Double bookkeeping in schizophrenia spectrum disorder: an empirical-phenomenological study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Sep;274(6):1405-1415.