Innholdsfortegnelse

Redaktionelt 3

Fagartikler

Thomas Feltheim
Grænselandet: Ordinær og patologisk paranoia 6
Jesper Nørgaard Kjær
Individuel psykodynamisk psykoterapi til skizofreni: Et narrativt review af kliniske studier 38
Ulla Østergaard
Uddannelse i at tale med det psykotiske i mennesket 63

Boganmeldelse

Francisco Alberdi
Psychosis Risk and Experience of the Self. Understanding the individual Development of Psychosis asa Basic Self-disturbance 85
Annette Esbersen
Kammerspill: Barnet i psykoanalysen 105
Tine Harpøth
Narcissisme i samtidskulturen, personlighedspatologi og psykoterapi 109
Susanne Broeng
Mentalisering og psykodynamisk organisationspsykologi. Individ, gruppe, organisation og samfund 113

Kunstanmeldelse

Silje Klippen
One-night Stands 115
Halvor Stormoen Raddum och Helene Wolf
Redaktörernas reflektioner 129

Interviews

Halvor Stormoen Raddum
«Mimrestund» – et intervju med Svein Haugsgjerd 131
Francisco Alberdi
The center cannot hold. En samtale om psykiatri og selvforstyrrelser 145

Redaktionelt

Kære læsere

Det er med glæde, at vi præsenterer det tredje nummer af *Matrix* i 2025. Vi takker forfatterne, fagbedømmerne og specielt læserne som holder Matrix i levende live. *Bemærk, at der nu er kommet et kontonummer på forsiden af hjemmesiden, hvortil man kan sende et passende bidrag, som går til opsætning af Matrix på hjemmesiden.*

Ligesom i sidste nummer (nr. 41 (2)) er hovedtemaet denne gang psykose og psykoseterapi. Dette nummer består af tre artikler med fokus på dette emne, fire boganmeldelser, én kunstanmeldelse samt, som noget nyt, to interviews med markante personligheder fra både Norden og den internationale scene: Svein Haugsgjerd og Josef Parnas. Begge har dedikeret deres karrierer til psykoseforståelse, psykoseterapi og fænomenologisk psykiatri.

Artiklerne

Den første artikel, *Grænselandet: Ordinær og patologisk paranoia* af Thomas Feltheim, udforsker paranoia som en kompleks psykologisk struktur i spændingsfeltet mellem det normale og det sygelige. Med Freud og Lacan som teoretiske udgangspunkter analyseres, hvordan paranoia indgår i jeg-dannelsen og relationen til den anden. Artiklen fremhæver, at paranoia bør forstås som en integreret del af den menneskelige psyke snarere end blot et patologisk symptom og afsluttes med refleksioner over de kliniske konsekvenser af denne tilgang.

I den anden artikel, *Individuel psykodynamisk psykoterapi til skizofreni: Et narrativt review af kliniske studier*, gennemgår Jesper Nørgaard Kjær den empiriske evidens for psykodynamisk behandling af skizofreni. To studier fremhæves: Et dansk studie med støttende psykodynamisk psykoterapi, som viste en signifikant effekt på psykotiske symptomer og funktionsniveau sammenlignet med standardbehandling, og et nyere studie, der fandt forbedringer i social funktion

ved brug af mentaliseringsbaseret terapi sammenlignet med FACT-behandling. Samlet peger artiklen på positive effekter af psykodynamisk terapi, men konklusionerne hæmmes af studiernes heterogenitet.

Den tredje artikel, *Uddannelse i at tale med det psykotiske i mennesket* af Ulla Østergaard, beskriver en dansk specialistuddannelse for psykologer og læger i psykoseterapi, som har eksisteret i 25 år. Artiklen diskuterer de udfordringer, den psykoanalytiske tilgang står overfor i et samfund præget af accelererende tempo – herunder hvordan psykoterapien må tilpasse sig uden at miste sin dybde og relevans. I artiklen beskrives den psykiatriske psykosebehandling i Danmark, relationen mellem psykiatri og psykoanalyse og uddannelsens udvikling og aktuel status.

Boganmeldelser

De fire boganmeldelser er tematisk og formelt meget forskellige:

Francisco Alberdi anmelder *Psychosis Risk and Experience of the Self. Understanding the individual Development of Psychosis asa Bsic Self-disturbance*, af Poul Møller (Routledge, 2023). Bogen sættes ind i en global bevægelse væk fra den overvejende biologiske forståelse af psykoserne til en mere psykosocial, psykoterapeutisk og eksistentiel forståelse og behandling. Bogen er resultatet af forfatterens lange kliniske, forsknings- og undervisningsaktivitet omkring den såkaldte Subjektivitetsmodel for behandling af de skizofreniforme psykoser. Bogen genintroducerer og opsummerer den fænomenologiske tankegang i psykiatrien.

Annette Esbersen anmelder *Kammerspill: Barnet i psykoanalysen*, en antologi om børnepsykoanalytisk tænkning og praksis skrevet af Ciapaité, Kamphus, Rolfsen og Aarseth (Perpleks Forlag, 2024). Med uddrag fra alle 12 kapitler gives et rørende og tankevækkende indblik i psykoanalytisk arbejde med børn.

Tine Harpøth anmelder Carsten René Jørgensens bog *Narcissisme i samtidskulturen, personlighedspatologi og psykoterapi* (Reitzels Forlag, 2025). Bogen gennemgår narcissismens historiske udvikling, dens patologiske manifestationer, og hvordan de kommer til udtryk i terapi og samfund.

Endelig giver **Susanne Broeng** en kort introduktion til *Mentalisering og psykodynamisk organisationspsykologi. Individ, gruppe, organisation og samfund*, redige-

ret af Torben Heinskou og Anette Højgaard Jønson (Reitzels Forlag, 2024). En uddybende anmeldelse følger i næste nummer.

Kunstanmeldelse

Silje Klippen anmelder One-night stands af Mette Sandfær, en kunstudstilling som blev vist i Forhallen (TOU) i Stavanger 2.–4. august 2024. Anmeldelsen bygger på Klippens associationer fra en kunstnersamtale mellem Sandfær og Markus Bråthen. Derefter følger Redaktionens refleksioner af kunstanmeldelsen, skrevet af Halvor Stormoen Raddum og Helene Wolf.

Interviews

Som noget nyt afsluttes dette nummer med interviews med Svein Haugsgjerd og Josef Parnas. Med vanlig klarhed fortæller Haugsgjerd om sin udvikling og erfaring med psykoseforståelse og terapi inden for forskellige psykoanalytiske traditioner, specielt Bion og Lacan. Josef Parnas fortæller om sin livslange interesse for fænomenologisk psykiatri, sit samarbejde med blandt andet Bovet og Sass og arbejdet med udvikling af skalaen EASE som omhandler skizofreniens selvforstyrrelser. Begge har haft stor indflydelse på forståelsen og behandling af psykose blandt nyere generationer af psykiatere og psykologer.

Francisco Alberdi og Halvor Stormoen Raddum

Grænselandet: Ordinær og patologisk paranoia

Af Thomas Feltheim[1]

Resumé

Artiklen undersøger paranoia som en kompleks psykologisk struktur, der bevæger sig på et kontinuum mellem det ordinære og det patologiske. Med udgangspunkt i Freuds begreb om narcissisme og Lacans teori om spejlstadiet analyseres paranoia som et grundlæggende aspekt af jeg-dannelsen, hvor subjektets forhold til den anden er præget af fremmedgørelse og aggressivitet. Empiriske undersøgelser af subkliniske psykotiske fænomener understøtter forståelsen af paranoia som et almenpsykologisk fænomen snarere end en ren patologisk tilstand. Artiklen illustrerer gennem kliniske eksempler, hvordan paranoide forestillinger kan spænde fra kortvarige reaktioner til dybt forankrede psykotiske overbevisninger. Ved at anlægge en dialektisk tilgang argumenteres der for, at paranoia skal forstås som en kompleks del af menneskets psykologiske struktur, snarere end som et entydigt patologisk fænomen. Afslutningsvis reflekteres der over de kliniske implikationer af denne forståelse, herunder vigtigheden af at skabe et terapeutisk rum, der inviterer til kreativ bearbejdning af de paranoide fikseringer.

Abstract

This article explores paranoia as a complex psychological structure existing on a continuum between the ordinary and the pathological. Drawing on Freud's concept of narcissism and Lacan's theory of the mirror stage, paranoia is examined as a fundamental aspect of ego formation, where the subject's relation to the

1. Klinisk psykolog, Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København samt privat psykoanalytisk praksis i København. thomasfeltheim.dk

other is marked by alienation and aggression. Empirical research on subclinical psychotic phenomena supports the view of paranoia as a general psychological experience rather than a purely pathological condition. Through clinical vignettes, the article illustrates how paranoid ideation can range from transient reactions to deeply entrenched psychotic convictions. Adopting a dialectical perspective, the argument is made that paranoia should be understood as a multifaceted part of human psychological functioning rather than as an unequivocal symptom of mental illness. The article concludes by reflecting on the clinical implications of this view, emphasizing the importance of a therapeutic space that enables creative engagement with paranoid fixations.

Indledning

> *"Den ubudne gæst (l'intrus) trænger ind med magt, gennem overraskelse eller list, under alle omstændigheder uden ret og uden først at være blevet lukket ind. Der må være noget af den indtrængende i den fremmede; ellers ville den fremmede miste sin fremmedhed; hvis han allerede har ret til at komme ind og blive, hvis han er ventet og bliver modtaget, uden at nogen del af ham er uventet eller uvelkommen, er han ikke længere den indtrængende, og han er heller ikke længere den fremmede" (Nancy, 2002, s.1, min oversættelse).*

Sådan indleder filosoffen Jean-Luc Nancy sit essay *L'intrus*[2]. I essayet indkredser Nancy spørgsmålet om, hvad det vil sige at lade et fremmed objekt passere til sit indre, i hans tilfælde et nyt hjerte. Nancy skriver om sin hjertetransplantation og om kroppens evne til at tage et fremmedelement til sig og derigennem også om risikoen for, at kroppen vil afstøde dette. Det er sådan i enhver form for organtransplantation, at kroppen som udgangspunkt vil opfatte et organ fra et andet menneske som fremmed og derfor prøve at afstøde det. Der må, som Nancy skriver, være noget af den indtrængende i den fremmede for overhovedet at give denne karakter af fremmed (Nancy, 2002). Nancy illustrerer her en problemstilling omkring transplantation, der lige såvel kan tjene vores emne om paranoiaens dynamik. Det omhandler spørgsmålet om, hvordan vi tager det udefrakommende og fremmede *til os*, herunder hvad det vil sige at have det fremmede *i os*. At tage det fremmede til sig er aldrig gratis eller smertefrit, det koster os. Det koster det lille barn en del af dets almagt at tage fællesskabet og gruppens "vi" til sig, ligesom det ofte koster den voksne et møde med sin egen aggressivitet at tage

2. Den ubudne gæst

en modparts synspunkt til sig. Med henvisning til den franske psykoanalytiker Jacques Lacan kommenterer Mills:

> *Det paranoide er det, der står i forhold til opposition, og dermed det, der er fremmed for selvet. Med kvalitative grader af forskel er vi alle paranoide, simpelthen fordi andre sårer os, en ting vi lærer i den tidlige barndom. Andre sårer os med deres viden, med det, de siger, ligesom vi selv gør det. Og vi såres af at vide det (Mills 2019:13, min oversættelse).*

Samtidig er det indlysende, at ikke alle såres lige dybt. Ikke alle oplever sin eksistens truet i mødet med det fremmede, men enkelte gør, og de gør det ofte i en sådan grad, at mistroen og angsten sjældent slipper taget i dem. Netop her, i fikseringen af truslen, dukker spørgsmålene vedrørende paranoiaens dynamik frem. Det vil jeg senere diskutere mere indgående. Men først et par kliniske illustrationer.

Bell (2003) giver følgende vignet. En kvinde, der skulle af sted på en længere rejse i bil, skar sig i fingeren, lige før hun skulle af sted og måtte forbi skadestuen. Mens hun blev syet, stillede hun en række spørgsmål til behandlingen, hvilket lægen, der behandlede hende, øjensynligt fandt upassende. Efterfølgende i bilen, godt på vej på den planlagte rejse, opstod et uvejr, og hun fandt sig alene på en afsides motorvej i mørket. Hendes finger begyndte igen at gøre ondt, hvilket øgede en langsomt tiltagende følelse af at være udsat og utryg. På vejen alene i mørket begyndte hun at gruble over samtalen med lægen tidligere på dagen. Tankerne kredsede om de spørgsmål, hun havde stillet til behandlingen og lægens irritation, hvilket fik hende til at frygte, at lægen bevidst havde gjort noget ved hendes finger som straf for de mange spørgsmål. Som tiden gik og smerten tog til, blev tankerne tiltagende vanskelige at afvise. Hun følte sig til sidst så angst og urolig, at hun søgte mod den nærmeste skadestue, hvor hun fik lindret sin smerte. Langsomt forsvandt utrygheden og med den også det paranoide spor, hendes tanker kortvarigt var slået ind på. Eksemplet illustrerer det almene i den projektive tilbøjelighed, de fleste af os i større eller mindre grad vil kunne genkende. Det at tilskrive omgivelserne særlige og til tider ondsindede hensigter i en utryg situation er så at sige et almenpsykologisk fænomen, der samtidig minder os om, at vores ellers så sikre realitetsopfattelse, nok er mere porøs, end vi helst vedkender os.

Et andet og langt mere alvorligt eksempel fra min egen kliniske hverdag lyder

således. En ung kvinde, der på det givne tidspunkt var i psykoseterapeutisk behandling, var netop blevet udskrevet fra psykiatrisk afdeling efter en periode med forværring af psykosesymptomer. I en af de følgende sessioner beskrev hun forfærdet en nylig oplevelse. Begrundet i et ønske om at vende tilbage til sin hverdag efter indlæggelsen var hun den samme morgen taget ned i det lokale fitnesscenter for at træne. Under træningen følte hun sig pludselig mere forpustet end normalt, hvilket bekymrede hende. I sessionen beskrev hun de tanker, hun nu i tiltagende grad havde svært ved at afvise. Under indlæggelsen havde der været en stuegang med deltagelse af flere læger end vanligt, sandsynligvis medicinstuderende. Hun husker et smil fra den ene samt en lavmælt samtale på gangen uden for hendes stue. Tankerne gik nu hastigt fra bekymring til overbevisning, og hun følte sig mere og mere overbevist om, at hun mod sit ønske var blevet tvangsmedicineret med en ny og ukendt medicin, hvilket for hende blotlagde årsagen til den forværrede kondition under træningen samme morgen. Tanken og den medfølgende angst fyldte samtalen. Som terapeut blev jeg skiftevis placeret som deltager i konspirationen mod hende og delvist som den person, hos hvem hun søgte tryghed og værn mod den paranoide angst. Hun talte om sin vrede over hospitalet, om forbrydelser mod magtesløse patienter og om sin overbevisning om min mulige indblanding. De følgende dage sendte hun en lang række tekstbeskeder om sager, hun krævede undersøgt, om hospitalsjournaler, der skulle frem i lyset, hvis hun nogensinde skulle kunne genvinde tilliden til behandlingen. Få dage efter blev hun genindlagt. Nu, mange år efter, er situationen ulykkeligvis stort set uændret. Perioder med relativ stabilitet og mindre symptompres afløses af perioder med stor forpinthed understøttet af et vidtforgrenet vrangsystem og ofte langvarige indlæggelser på psykiatrisk afdeling.

Det er nemt blot at adskille de to eksempler ud fra et psykotisk–ikke-psykotisk skel og dermed bestyrke en tydelig afgrænsning mellem det sygelige og det raske; mellem en persisterende og ofte angstfuld forestilling og en genuin vrangforestilling. Det ville imidlertid sløre de fleste nuancer i de paranoide fænomener, vi skal beskæftige os med i det følgende. Desuden er det i realiteten langt vanskeligere at skelne det sygelige fra det ikke-sygelige end vi ofte forestiller os. Freeman og Garety (2004) påpeger da også, at man ofte i forskningen ser mennesker med psykoselidelser, der demonstrerer en delvis intakt indsigt i deres lidelse, samt mennesker med ikke-psykotiske lidelser, der modsat fastholder deres symptomer og synspunkter med en næsten psykotisk intensitet. Litteraturen er desuden fuld af sygehistorier, hvor skellet mellem syg og rask har vist sig vanskeligt at afgøre. Fra de ekstreme tilfælde som Ernst Wagner, en stilfærdig skolelærer, der pludse-

ligt, efter et langt og på overfladen velfungerende liv som familiefar, gav efter for en 20 år gammel seksuel vrangforestilling og begik en lang række mord, inklusive mordene på sin egen familie (Leader, 2011), til de mange tilfældige mennesker, der de seneste 15-20 år har deltaget i undersøgelser af paranoid tænkning, og som bekræfter hypotesen om en overraskende høj forekomst af mennesker med paranoide ideationer i almenbefolkningen. En undersøgelse af 1.005 voksne i New York viste, at 10,6 % troede, at andre mennesker fulgte efter dem eller udspionerede dem. En fransk undersøgelse blandt 462 voksne viste, at 25 % på et tidspunkt i deres liv havde følt, at de blev forfulgt på en eller anden måde. 1.202 britiske universitetsstuderende vurderede deres følelser i løbet af den foregående måned. 42 % sagde, at de mindst en gang om ugen havde tænkt, at der måske cirkulerede negative kommentarer om dem (Freeman & Freeman, 2021).

Det paranoide kontinuum er således mangefacetteret, hvorfor vi som behandlere, der tager imod mennesker med disse oplevelser, har brug for teoretiske begreber, der fordrer en dialektisk tilgang til fænomenerne, og som hverken efterlader problemstillingerne i binære skel mellem syg og rask, eller omgør klinikken til en klapjagt efter en særlig psykopatologisk gestalt. Det er min påstand, at de nøglebegreber, vi tænker med, ikke blot danner grundlag for de frontbegreber, vi anvender i behandlingen (ordlyden af vores interventioner), men at de implicit via overføringen er med til enten at åbne eller lukke det rum, vi tilbyder patienten i det terapeutiske møde. Det har afgørende betydning for den terapeutiske proces, vil jeg hævde, og dermed for de muligheder, der potentielt kan åbne sig i terapien, at vi som terapeuter kan fastholde en tænkning, der muliggør og animerer den kreativitet, patienten behøver for at finde vej ud af det ofte smertefulde sted, patienten er strandet i. Vi skal senere se på nogle psykoanalytiske anskuelser, der i min optik kan anvendes til at åbne et sådant arbejde, men forinden vil jeg give en punktvis oversigt over nogle af de væsentlige brydninger i paranoiabegrebets lange og vidtforgrenede historie.

Begrebet paranoia

Begrebet stammer oprindeligt fra græsk. Det er sammensat af ordene *para* (hinsides) og *noos* (sind) og betyder således udenfor eller hinsides sindet. Begrebet kan spores helt tilbage til antikkens Grækenland, hvor paranoia og verbet paranoeo blev anvendt i den gængse betydning skør eller vanvittig. Hippokrates anvendte begrebet som betegnelse for feber-delirium, andre samtidige som udtryk for demens eller dårskab. Herefter gled begrebet mere eller mindre ud og

vender først tilbage som en sygdomskategori i sin nutidige betydning med den tyske læge Johann Christian Heinroth i 1818 (Lewis, 1970). Paranoiabegrebet har haft to forskellige udviklingsveje i henholdsvis fransk og tysk psykiatri op gennem det 19. århundrede, hvilket vi her skal fokusere på ved hjælp af den danske psykiater Erik Bjerg Hansens læseværdige disputats fra 1976. De to skoler samler sig i den ene lejr omkring den franske *delirlære*[3] og hos tyskerne omkring den kategorisering, der kulminerer med Emil Kraepelins systematiske klassifikationer i overgangen fra det 18. til 19. århundrede. Den franske psykiater Jean-Étienne Esquirol gav som den første en indgående beskrivelse af de paranoide lidelser i 1838 med sin skildring af monomanierne. Monomanien er for Esquirol et såkaldt *partielt delir* begrænset til enkelte dele eller få såkaldte overlødige ideer. Der er tale om tilstande, hvor tænkningen samles omkring eksempelvis helbredet, hypokondrien, den religiøse monomani[4] eller den erotiske erotomani, hvor patienten bliver sygeligt optaget af en forestillet forelskelse. Fælles for monomanierne er, at patienterne hårdnakket fastholder og argumenterer for deres forestillinger som noget primært og uanfægteligt, men at de uden for dette partielle delirs område tænker og optræder, som før tilstanden satte ind (Hansen, 1976). En tanke vi i øvrigt også ser videreført hos Freud (1990:66), når han skriver, at en "løsnelse af libidoen, lige så godt kan være partiel" – altså en partiel tilbagetrækning af libido fra yderverdenen, hvilket grundlæggende er forenelig med Esquirols beskrivelse af momomanierne, som kun vedrører et afgrænset område af psyken. I Esquirols beskrivelser er disse patienters fornuft og intelligens tilsyneladende ikke læderet, men arbejder snarere gnidningsfrit i deliriets tjeneste ved konsekvent at underbygge og begrunde de psykotiske forestillinger. Således talte Esquirol om "la monomanie raisonnante", hvilket vi kan betragte som en syntesedannelse mellem vanviddet og fornuften, og hvor vanviddet kun i sjældne tilfælde overtager helt. Det kan overraske, at Esquirol ikke havde et selvstændigt begreb for forfølgelsesforestillingerne, men i stedet så dem som sekundære fænomener til melankolien. Forfølgelsesvanviddet optræder først selvstændigt hos Lasègue i 1852 under betegnelsen *délir de persécution* og betegner en langsomt udviklende persekutorisk paranoia. I sin afhandling fra 1902 udlægger den danske psykiater August Wimmer lidelsens udviklingsforløb, som den beskrives af Lasègue, på følgende måde:

3. Hos Esquirol og den tids franske psykiatri er begrebet delir bredt set ensbetydende med sindssygdom.
4. Fx Jerusalem-syndromet, en kendt men sjælden psykotisk tilstand, hvor besøgende i Jerusalem pludseligt udvikler intense religiøse illusioner og antager bibelske identiteter som Jesus eller Johannes Døberen.

Sygdommen udvikler sig oftest langsomt, i begyndelsen føler den syge kun en "malaise indéfinissable" [ubestemmeligt ubehag] og først efter en vis "temps de préoccupation et de résistance" [tid med bekymring og modstand] gaar patienten fra sygdommes første fase til dens anden periode, naar han gennem et logisk ræsonnement til udformning af forestillinger om forførelser som udgaaende fra fjender af ham. Fra nu af vedbliver da den syge at bygge videre på sin 'patologiske roman' (Wimmer,1902, s.10).

Hos Esquirol og den tids franske psykiatri ser vi altså en bestræbelse på at placere paranoiaen helt centralt som en primær sindssygdom samt et særligt blik for og vægtning af det partielle ved lidelsen. Der er her tale om tilfælde, hvor der har fundet en psykotisering af delområder af psyken sted. Disse områder forsynes af velfungerende kognitive færdigheder, der således både underbygger den patologiske roman, samtidig med at de tillader den enkelte en relativ intakt funktionsevne. Fransk psykiatri er helt op til slutningen af det 19. århundrede præget af Esquirols tænkning, fraset en mere dunkel strømning under indflydelse af Bénédict Morels degenerationsteori[5]. Det siger næsten sig selv, at Morel og senere Valentin Magnans fokus på degeneration samtidigt betyder en afvisning af Esquirols monomanier og det partielle delir (Mellemgård, 2008, Køppe, 2004). Trods de afveje, degenerationsteorien medfører i fransk psykiatri i perioden, peger Bjerg Hansen på en gennemgående stabilitet og harmoni i sygdomsbeskrivelserne perioden igennem, samt på en tradition for en "levende og elegant, artistisk præget kasuistisk fremstilling" (1976, s. 68). En disciplin, der i den moderne biomedicinske psykiatri synes at være trådt noget i baggrunden.

I Tyskland greb man tingene anderledes an. Modsat den franske tradition fandt udviklingen her snarere sted i pludselige ryk og store ændringer. Der var i tiden en søgen efter at opstille store og mere overordnede sygdomskategorier, såsom den maniodepressive sygdomskategori og skizofrenien. I forsøget på at samstemme det samlede orkester, den psykiatriske nomenklatur, måtte paranoialidelsen og dens fortalere stille sig tilfreds med rollen som andenviolin. Begrebet paranoia gled i baggrunden og blev i stedet forsøgt indskrevet under den ene eller

5. Med Morel og senere Magnan blev de paranoide psykoser betragtet ud fra et degenerativt grundlag som en hereditær betinget karakterafvigelse. Fokus var her på en arvelig degeneration som årsag til de psykiske lidelser. Et åndeligt og legemligt forfald, der forværres fra slægtled til slægtled. I første generation var der måske kun tale om lettere nervøse lidelser, herefter hysteri, efterfulgt af psykose, idioti og så videre indtil slægten uddør, såfremt der ikke tilføres nyt blod (Mellemgård 2008).

anden lidelse, og mistede dermed rollen som selvstændig kategori. Den nævnte søgen var ligeledes en søgen efter en somatisk eller evolutiv årsag, eller med Karl Jaspers ord: et karakterogent moment. Derudover blev paranoia også opfattet som en sekundær forstyrrelse, hvilket ifølge Bjerg Hansen indebar, at incitamentet bag den beskrivende forskning faldt bort og forskningen indenfor området stagnerede i lange perioder. Tysk psykiatri var op gennem det 19. århundrede præget, blandt andet gennem Wilhelm Griesingers arbejde, af den grundantagelse, at forryktheden skyldes en affektiv grundforstyrrelse opdelt i henholdsvis melankolien og manien (Køppe, 2004). Ludwig Snell, der som en af de få tyskere lod sig inspirere af det franske monomani-begreb, bragte dog for en stund traditionerne sammen ved at understrege forskellen i den melankolske og den momomanes forhold til forfølgelsesoplevelsen. Netop det persekutoriske antog han, modsat Esquirol, som et primært symptom ved lidelsen. Hvor melankolikeren klager sin nød og ligger passivt under for forfølgelsen, kaster Snells monomane paranoide patient sig energisk og aktivt ind i kampen mod sine plageånder. Hvor den melankolske anser sig selv som ansvarlig og forfølgelsen som en retfærdig straf, reagerer den monomane ved at placere skylden i omverdenen (Wimmer, 1902). Opdelingen i disse to poler, en indadvendt depressiv og en udadprojicerende aggressiv, genopstår langt senere i den moderne kognitive og empiriske forskning i 1990'erne under betegnelserne *'poor-me'*- og '*bad-me*'-paranoia. De to undergrupper henviser til to grundlæggende forskellige selvforhold: et poor-me, usikkert selv og et bad-me, fremmedgjort selv (Trower og Chadwick 1995)[6].

Som nævnt kan Emil Kraepelins utrættelige arbejde med systematisk at kategorisere de mangfoldige sygdomsbeskrivelser næppe overvurderes. For paranoia som selvstændig kategori blev denne indsats dog ingen stor fordel, idet han med Bjerg Hansens (1976:78) ord var nær ved "fuldstændigt at opløse og tilintetgøre den". I slutningen af 1800-tallet samler Kraepelin en gruppe af de paranoide tilstande under kategorien dementia paranoides, der, som navnet antyder, har det dementielle slutstadie til fælles. Lidelsen underordnes efterfølgende den større kategori dementia præcox[7]. Melankolien og manien samles under diagnosen

6. Ifølge Trower og Chadwick (1995) er poor-me-paranoia karakteriseret ved et usikkert selv, præget af forladthedsfølelser, indre tomhed, følelser af ubetydelighed og værdiløshed. Mennesker, der lider af poor-me-paranoia, har tilbøjelighed til at udvise narcissistisk vrede og reagerer typisk projicerende og voldsomt på spørgsmål om manglede respekt. Mennesker, der lider af bad-me-paranoia oplever derimod et tab af det subjektive selv. De føler sig invaderet, føler sig fremmedgjort og vender fokus mod egne fejl, mangler og dårligdomme.
7. Dementia Præcox er i grove træk forenelig med den nutidige kategori paranoid skizofreni.

maniodepressiv psykose. I den 3. udgave af sin lærebog skriver Kraepelin følgende om det dementielle slutstadie:

> *Det mest almindelige udfald ved alvorlige former for dementia præcox er demens. I mange tilfælde er patienterne udadtil stadig ret velorienterede i forhold til deres omgivelser og situation; de viser en vis indsigt i deres sygdom; men samtidig kan de kun leve deres liv, hvis de følger de mest almindelige livsmønstre. De tager ikke del i, hvad der foregår omkring dem, og viser ingen interesse for tidens gang eller for deres materielle midler, men med præcise instruktioner er de ofte i stand til at gøre sig nyttige på mindre måder (Kraepelin 1987:21, min oversættelse).*

Disse to diagnoser, dementia præcox og melankoli, indlemmer stort set hele det område for paranoialidelserne, som de tidligere franske psykiatere så nidkært havde beskrevet gennem århundredet. Det, der med denne bevægelse hovedsageligt falder bort, er forståelsen af det partielle ved lidelsen og hermed sameksistensen mellem de raske og de såkaldt ramte dele af psyken, vi så hos Esquirols syntesedannelse mellem vanviddet og fornuften. Men i den 8. udgave af Kraepelins lærebog indføres der en afgørende korrektion. Kraepelin var blevet opmærksom på de mange tilfælde af dementia paranoides, der tilsyneladende ikke endte i så håbløst et slutstadie, hvorfor de dårligt kunne rubriceres under dementia præcox. Trods årelange sygdomsforløb havde tilstanden hos disse patienter tilsyneladende ikke udviklet sig til den opløsning af psyken, der var forudsætningen for diagnosen dementia præcox. Kraepelin så sig derfor nødsaget til at oprette en ny kategori indenfor de paranoide psykoser under navnet parafreni. Den hyppigste variant var paraphrenia systematica, der beskrives som en lidelse med et snigende og langsomt udviklet forfølgelsesvanvid, storhedsvanvid, og hos enkelte udvikling af hørelseshallucinationer – men, og det er det centrale, uden opløsning af personligheden. Efter mange års observation ender Kraepelin med, udover dementia præcox, både at have paranoia i sin rene form, parafrenien samt dementia paranoides (Hansen 1976). Det er nærliggende at tænke – hvilket Kraepelin nok ville afvise – at vi her har at gøre med et kontinuum af forskellige mere eller mindre afgrænsede tilstande med varierende psykotisk dybde. Tilstande, hvis sværhedsgrad set gennem psykoanalysen snarere afhænger af graden af fiksering på et særligt punkt i jeg-dannelsen, end det handler om egentlige særskilte tilstande. I den nyere empiriske paranoiaforskning ses en lignende tanke med begreberne om et psykosekontinuum (DeRosse og Karlsgodt, 2015) samt et paranoiaens hierarki (Freeman & Freeman, 2008).

Som vi har set, bevæger forståelsen af paranoiaens natur sig frem og tilbage mellem sygdomstilstande, hvor det paranoide tankeindhold relativt gnidningsfrit kan indføjes i psyken, til de maligne og opløste sygdomstilstande. Trods de mange forsøg på at beskrive paranoia som en kronisk sygdom, degenerationsteorien, dementia pananoides eller dementia precox, ender det ofte som i Kraepelins lærebog. Der er noget ved paranoiaen, der ligger for tæt op ad det almenpsykologiske til at kunne underordnes disse store og omsluttende sygdomskategorier. Min gennemgang er naturligvis langt fra fyldestgørende – Eugen Bleulers fravær er blot ét eksempel herpå – men kan forhåbentligt tjene som illustration af den relativt simple pointe, at paranoia som fænomen er mere end blot et symptom ved psykoselidelserne, samt at paranoia har en langt større berøringsflade med almenpsykologien, end vi er vant til, eller måske snarere er trygge ved at tænke. I min erfaring stemmer dette dog godt overens med de daglige erfaringer, vi gør os i klinikken, hvor vi ofte har for vane at knytte de paranoide tankeformer til psykosen.

Det empiriske bidrag

Gennem de seneste 20 år har forskere, særligt inden for den empiriske kognitive tradition, i stigende grad interesseret sig for tilstedeværelsen af psykotiske symptomer, herunder særligt paranoide fænomener hos "raske" mennesker uden psykisk lidelse og behov for hjælp. Adskillige oversigtsartikler og metaanalyser peger på tilstedeværelsen af egentlige psykotiske fænomener hos denne population (Van Os et al., 2009, Linscott & Van Os, 2013). Man taler her om et såkaldt psykosekontinuum, hvor mange af de symptomer, der normalt ses hos patienter med psykotiske lidelser, også kan måles, omend i mildere form, i ikke-kliniske populationer. Der er tale om et kontinuum bestående af hele spektret fra subkliniske manifestationer, i form af milde paranoide ideationer og perceptionsforstyrrelser, til genuine produktive psykotiske symptomer. Subkliniske psykotiske symptomer er ifølge litteraturen, om end ikke almindelige, så i hvert fald hyppigere forekommende end tidligere antaget. DeRosse og Karlsgodt (2015) anslår en prævalens på 7,2 % i befolkningen med en forekomst af specifikke symptomer varierende fra 4,8 % for styringsoplevelser til 8,4 % for selvhenføring og forfølgelsesforestillinger. I et større populationsstudie har den hollandske psykiatriprofessor Jim van Os desuden vist, at det ikke kun er raten af svære psykoselidelser, der stiger i takt med niveauet af urbanisering (en velkendt risikofaktor ved psykoselidelser). Niveauet af subkliniske psykosesymptomer i den raske befolkningsgruppe ser ud til at følge samme tendens. Også her ses en øget stigning af

subkliniske symptomer som følge af øget urbanisering (van Os et al., 2009). Dette kan siges at understøtte hypotesen om et kontinuum af beslægtede tilstande, modsat de teorier, der bygger på en egentlig dikotomi mellem det patologiske og raske. Med teorien om psykosesymptomer fordelt på et kontinuum understreges den simple, men vigtige pointe, at tilstedeværelsen af psykosesymptomer ikke nødvendigvis er ensbetydende med sygdom (van Os et al., 2009). Forskningen peger på, at paranoide fænomener grundlæggende er et alment psykologisk fænomen, samt at mennesker i disse ikke-kliniske populationer ser ud til at finde deres egne idiosynkratiske strategier til håndtering af disse. Den britiske paranoiaforsker og professor i klinisk psykologi Daniel Freeman går skridtet videre og stiller det retoriske spørgsmål: er det muligt at paranoide ideationer er næsten lige så udbredte som angst og depression? I en spørgeskemaundersøgelse med 1.202 universitetsstuderende svarer 3 % ja til, at de på ugentligt basis "opfanger kodede beskeder omkring mig i nyhederne og på TV", mens 52 % svarer ja til spørgsmålet: "Jeg er nødt til at være på vagt over for andre". Mellem 2 % og 7 % af deltagerne i studiet svarede, at de var "absolut overbevist" om korrektheden af deres tanker. Studiet viste desuden, at items med sjældnere og mere usandsynlige paranoide ideationer, items, som "der er en mulig konspiration mod mig", også var forbundet med større grad af overbevisning og lidelse hos den enkelte (Freeman et al., 2005, Freeman, 2007). På linje med hypotesen om et psykosekontinuum opererer Freeman med et begreb om paranoiaens hierarki. I bunden af hierarkiet huses de mest almindelige typer af mistænksomhed: social angst og interpersonelle bekymringer. De selvhenførende tanker, der forbindes med næste niveau, bygger på disse sårbarheder. Egentlige persekutoriske forestillinger gradueres i hierarkiet alt efter det oplevende trusselsniveau. Jo mere overhængende og farlig den enkelte oplever truslen mod sig, jo mere aparte og usandsynlige vil de paranoide tanker, der skal tjene som forklaring på truslen, være. Øverst i hierarkiet finder vi derfor tanker forbundet med en stærk frygt for at komme til skade, blive gjort ondt og tanker om sammensværgelser etc. (Freeman & Freeman, 2008). Bevægelsen op i hierarkiet, fra den lavere og harmløse del til den øverste og ofte behandlingskrævende, handler i høj grad om, hvor truet den enkelte føler sig, og hvordan denne tolker truslen, snarere end det handler om indholdet. Mennesker med paranoide ideationer uden behandlingsbehov lykkes ofte med at mildne deres angst ved enten af normalisere og psykologisere oplevelserne eller ved at skabe forbindelser til religiøse, spirituelle eller subkulturelle tankesystemer og miljøer (Underwood el al., 2016, Ward et al., 2014).

På det deskriptive niveau, i både den klassiske franske samt nutidige paranoia-

forskning, ser vi en gennemgående bestræbelse på at beskrive en sameksistens eller dynamisk udveksling mellem det almene og det abnorme. I det følgende skal vi ved hjælp af en række psykoanalytiske grundbegreber, hentet hovedsageligt fra Sigmund Freud og den franske psykoanalytiker Jacques Lacans pionerarbejde, bevæge os et skridt videre fra det deskriptive niveau og ind i det, jeg i det følgende vil benævne som et grænseland mellem jeg'et og omverdenen. Vi starter ved narcissismen, der for både Freud og Lacan bliver et nøglebegreb til at forstå paranoia som et naturligt punkt i dannelsen af jeg'et. Resten af teksten vil jeg således med udgangspunkt i psykoanalysen forsøge at begrunde de brydninger mellem det almene og det patologiske, vi har set udspille sig i både den klassiske psykiatri og den moderne empiriske forskning.

Freuds spor

Med sin tekst om narcissismen fra 1914 sætter Freud os på sporet af noget, der i sin umiddelbarhed kan virke trivielt. Vi fascineres, skriver Freud, helt intuitivt af egenkærligheden, når vi ser den hos den anden: "Det fascinerende ved barnet beror for en stor del på dets narcissisme, på dets selvtilstrækkelighed og utilnærmelighed [...]. Ja selv den store forbryder og humoristen vækker i den poetiske fremstilling vor interesse i kraft af den narcissistiske konsekvens, hvormed de forstår at holde alt det på afstand af deres jeg, der kan forringe det. Det er, som om vi misundte dem, at de har bevaret en lykkelig psykisk tilstand, en uangribelig libido-position, som vi selv har opgivet" (Freud, 1974, s.101-2). Vi fascineres og tiltrækkes af dem, hvis opstemning af egenkærlighed gør det muligt at komme omkring den samvittighedens stemme, med hvilken vi strukturerer og regulerer vores fællesskaber. Når libidoen trækkes tilbage fra den ydre verden og tilføres jeg'et, så opstår det forhold, man med Freuds ord kan kalde narcissisme: en identificering med et idealiseret billede af sig selv. Der er her tale om et mere grundlæggende begreb end det, vi kender fra fx Heinz Kohut eller psykiatriens nomenklatur. Hos Freud er begrebet ikke taksonomisk. Modsat Kohut, der i højere grad interesserede sig for kvaliteten af den emotionelle investering, var Freud optaget af narcissismen som metapsykologisk begreb (Green, 2002). Der er således ikke tale om en særlig personlighedsorganisering eller forstyrrelse, men snarere om et iboende forhold i jeg-dannelsen, der bedst lod sig beskrive via myten om Narcissus. Narcissus blev som bekendt så forblændet af sit eget spejlbillede, at han opgav kærligheden til den anden og derved lod sig dræne for liv. Men det var ikke egenkærligheden, der slog Narcissus ihjel. Det var fortvivlelsen over at være fanget i et idealiseret selvbillede, han umuligt kunne løsrive sig fra (Gammel-

gaad, 2018). "En stærk egoisme beskytter mod sygdom", skriver Freud, "men til sidst må man nødvendigvis begynde at elske for ikke at blive syg" (Freud, 1974, s. 98). Det er dette eksistentielle møde mellem nydelsen og døden, Freud indkredser med sin tekst. Barnets selvtilstrækkelighed og utilnærmelighed ægger vores egne narcissistiske tilskyndelser, netop fordi vi selv har måttet opgive disse i bytte for den interpersonelle og sproglige socialisation. Tilbagetrækningen ser Freud i alt fra smertetilstanden og hypokondrien, der får den lidende til at opgive interessen for alt det, der ikke angår smerten, til søvnen og "drømmens egoisme" (Freud, 1974, s. 96). Men disse er aldrig neutrale tilbagetrækninger. De indeholder altid en udveksling, et spil mellem det, der står uden for selvet. Freud tegner her et billede af et spændingsforhold, der eksisterer mellem den indre og ydre verden, mellem jeg'et og objekterne. En spænding, der godt nok har sit udgangspunkt i den tidlige jeg-dannelse, men som aldrig helt udlignes eller afsluttes. Hos Freud udgør narcissismen en konstant understrøm af længsel efter en illusorisk og forestillet ren tilstand, frigjort fra alt det, der tidvist gør livet blandt andre mennesker utåleligt. Udviklingen af jeg'et består da i, at det fjerner sig fra den primære narcissisme, hvilket til gengæld medfører en intens higen efter at genvinde denne. Dette sker ifølge Freud ved, at libidoen forskydes over på udefrakommende sociale og kulturelle idealer (jeg-idealer), hvis opfyldelse træder i stedet for jeg'ets narcissistiske tilfredsstillelse (ideal-jeg)[8]. Når dette forløb gennemleves uden alt for store problemer, leder det således til etableringen af nogle udefrakommende idealer for jeg'et, der efterfølgende eftersræbes. Freud siger ikke blot, at narcissismen er kærlighed til sig selv, men snarere, at jeg'et elsker det objekt, forældrene elskede (hos barnet). I en lacaniansk forståelse ville vi sige: Jeg elsker mit eget billede som det objekt, den anden elsker (Benvenuto, 1995). Meget i Freuds tekst bærer præg af et ufærdigt arbejde, skrevet i en periode mellem to teoretiske fremskridt og inden begrebet om dødsdriften introduceres (Gammelgaard, 2018). Trods dette formår han, som ingen anden i sin tid, at udgrænse et afgørende konfliktområde: et grænseland mellem narcissismens livgivende effekter og den smertelige isolation og eksistentielle tomhed, der ofte er forbundet med den anden side af spektret. En side, vi ofte ser udfolde sig hos

8. Begreberne *ideal-jeg* og *jeg-ideal* er hos Freud ikke klart afgrænsede i forhold til hinanden, men optræder skiftevis med forskellige betydninger (se Freud 1974: 105). Jacques Lacan derimod arbejder med en skarpere differentiering. *Ideal-jeg'et* forbliver et narcissistisk fænomen, der tager sin form i kærlighedsrelationen til subjektets hele-krop som en art erstatning for modersymbiosen. I modsætning hertil opstår *jeg-idealet* gennem barnets identifikation med de symbolske træk, der forudsætter sproget, samfundet og lovene. Disse bliver inkorporeret ved, at barnet finder sin plads i et punkt, jeg-idealet, hvorfra det ser sig selv blive elsket, hvis det opfylder bestemte krav (Nasio 1995:76-81).

mennesker i svære paranoide tilstande. Den franske psykoanalytiker André Green har i tillæg til Freud foreslået begrebet *dual narcissisme* med de tilhørende kategorier *positiv narcissisme*, der sigter mod jeg'ets enhed og omnipotens, og en *negativ narcissisme*, der sigter mod ophævelse af al spænding og i sidste instans intethed. Tilstande, der fører henholdsvis til isolation eller mental død. I positiv narcissisme ses en tilbøjelighed til at opretholde selvfølelsen og værge sig mod den anden via devalueringer og ved at tilskrive "de andre" fordækte motiver. I negativ narcissisme vendes devalueringerne derimod indad mod subjektet selv (Green 2002). Greens to poler i narcissismebegrebet har tydelige lighedstegn med psykologerne Trower og Chadwics (1995) begreber om *poor-me-paranoia* (beroende på et usikkert selv) og *bad-me-paranoia* (beroende på et fremmedgjort selv).

Når vi taler om paranoia, taler vi altså psykoanalytisk set om forhold, hvor bevægelsen mellem ideal-jeg og jeg-ideal helt eller delvist mislykkes. Dette er vigtigt, da vi med paranoide mennesker kommer til at arbejde i netop dette grænseland, hvor det intersubjektive felt ofte omdannes til en kampplads. Lad os tage endnu et eksempel fra min kliniske hverdag. En mand midt i 50'erne med langvarig paranoid psykoselidelse - vi kan kalde ham M - henvises til psykoterapi. M befinder sig ved terapiens start i en relativt stabil periode. Han kommer med et ønske om at blive bedre til at være sammen med andre mennesker, og beretter om en tilbøjelighed til at lade sig absorbere af en indre fantasiverden. Dagligt må han kæmpe for at tøjle en trang til at lade sig rive med af det, han kalder *hjerneflugt*. Hjerneflugten består oftest af *overvågningsfantasier og fantasiforestillinger*, hvori han er så betydningsfuld, at regeringen konstant holder øje med ham. Eller fantasier, hvor andre, ofte kendte mennesker, hemmeligt beundrer eller forelsker sig i ham. Vi kan samle dette under betegnelsen erotomani (Freud, 1990). I perioder ser han hemmelige tegn på dette, i måden biler holder parkeret på parkeringspladsen foran hans lejlighed, eller i et enkelt ord i en simpel udveksling på Facebook. Disse små og tilsyneladende tilfældige indtryk bliver ofte triggere, der forvandler et uskyldigt dagdrømmeri til en manisk besættelse. Dette for ham tillokkende sted i fantasien peger på et område i psyken, hvor nydelsen ved det omnipotente og grandiose grænser op ad den smerte, der er forbundet med isolation og psykose. Giver han sig først hen til fantasierne, risikerer han - præcist som Narcissus - at blive fanget i spejlets idealiserede selvbillede. I terapien er både M og jeg bevidste om, at der under fantasiens politur findes en psykotisk malstrøm, der gennem snart to årtier har budt ham talrige psykotiske forelskelser, tvangsindlæggelser, tilhold og knuste drømme om familieliv, uddannelse og

karriere. I forsøget på at håndtere dette har han således sat en begrænsning på, hvor længe han dagligt må opholde sig i de fantasier, der for ham føles så berigende. Vi har adskillige gange drøftet disse fantasier i terapien, herunder den fortryllende tiltrækning de har. Han har fortalt om, hvordan han som barn søgte tilflugt i en drømmeverden med myriader af legedrømme, afskåret fra barndomshjemmets realitet. Et hjem, han malerisk omtaler som et iskoldt hav, hvor familiens medlemmer hver især drev forbi hinanden på isflager uden at mødes. Han har fortalt om teenage- og ungdomsårene, hvor kærester og intimitet gjorde ham så angst, at han i perioder helt mistede evnen til at udtrykke sig. Han var, som han siger: *»forstenet i sit følelsesliv«*. Terapien blev for ham et sted, hvor han, som han udtrykte det, kunne rydde op og forsøge at bygge nogle skillevægge mellem drøm, fantasi, realitet og ønsker. I mange år var de paranoide fantasier om overvågning og forelskelse en fantasmatisk måde at knytte sig til andre mennesker. Eller som M siger: *»en måde at få nogen til at passe på mig«*. M's historie skal her tjene som eksempel på det grænseland, jeg har forsøgt at skrive frem ved hjælp af Freuds begreb om narcissisme. Et grænseland, der på en og samme tid udgør en almenpsykologisk ramme for jag-dannelsen (bevægelsen mellem ideal-jeg og jeg-ideal), men som også rummer potentialet for den imaginære fangethed, der karakteriserer paranoiaen (Nasio, 1995). M's historie rummer alle disse elementer. Han har siden sin ungdom arbejdet på at stabilisere sit forhold til det sociale og intime ved at tage samfundets symbolske objekter (jeg-idealer) til sig. Han har taget en lang videregående uddannelse og har et brændende ønske om at bruge den på arbejdsmarkedet. Han har som ung været i parforhold og drømmer nu igen om at finde en partner. Han ønsker at kunne forelske sig uden at blive fanget i den paranoide narcissisme. Gennem et årti har han forsøgt at bruge sin uddannelse, men har nu erkendt, at han ikke kan holde til en hverdag på arbejdsmarkedet. Trods disse talrige forsøg udfordres han stadig af den grundbrist, der forhindrer ham i at skelne fantasiens paranoide rum fra den del af realiteten, der kan deles med andre mennesker. Selv forklarer han de mange sammenbrud med en grundlæggende mangel på *»det kærlige blik«*, hvorfor han efter eget udsagn skaber illusioner om et blik, der bekræfter, at han findes. Ved afslutningen af vores forløb fortæller M, at han tror, han har fundet et nyt blik i et spirituelt fællesskab. Han foreslår herefter selv, at Gud muligvis er blevet lidt af en overvågningsfantasi. M's historie samler mange af de elementer, vi har diskuteret indtil nu vedrørende paranoiaen, herunder både det partielle ved lidelsen samt en grundlæggende udviklings- og tilknytningsmæssig sårbarhed. Men mest af alt hjælper M's historie os til bedre at forstå det grænseland, der via narcissismens dynamik udgør paranoiaens grundlag.

Donald Winnicott er muligvis den psykoanalytiske tænker, der har beskæftiget sig mest indgående med netop dette område i psyken. Winnicotts intuitive og særegne evne til teoretisk at operere i tågerne mellem jeg'et og objektet, gør ham særligt interessant i vores undersøgelse af narcissisme og paranoia (Winnicott, 1971a, 1971b, Kirsner, 2011). Winnicott stiller sig selv det simple spørgsmål: Hvor befinder vi os, når vi nyder et kunstværk, lytter til en koncert eller læser en bog? Hvor er barnet, når det sidder på gulvet og leger? Vi befinder os, siger han, i det *potentielle rum*. Et sted, der hverken tilhører det indre eller det ydre, men noget tredje. Han taler om et "Hypotetisk område, der eksisterer (men ikke kan eksistere) imellem babyen og objektet (moderen eller en del af moderen) i løbet af den udviklingsfase, hvor objektet forkastes som ikke-mig, det vil sige hen mod slutningen af sammensmeltningen med objektet" (Winnicott, 1971b, s.125). Der er her tale om et "rum" for udveksling, skabelse og leg mellem det gryende jeg og den anden, mellem fantasiens produkter og den symbolske realitet. Winnicott kalder også dette et "leve-sted" (ibid:124). Trods brugen af mor-barn-relationen som matrice for denne udveksling taler han i lige så høj grad om forhold, der gør sig gældende hos voksne, herunder i den psykoanalytiske samtale. Tilstande bliver ifølge Winnicott patologiske, når udvekslinger i dette rum ikke længere kan gøres til genstand for kreativitet og leg. Med udgangspunkt i en hverdagssituation illustrerer psykoanalytikeren Thomas Ogden den dialektik[9], der forbindes med begrebet om det potentielle rum. Ogden (1985) omtaler en observation af en toårig dreng med vandskræk, der efter længere tids overtalelse indvilliger i at blive badet. Drengen græder ikke, men holder forskræmt øjenkontakt med sin mor. I badet forsøger moren at gøre ham nysgerrig på legetøjet i vandet, hvilket som udgangspunkt ikke interesserer ham det mindste. Men da hun inviterer til leg og spørger, om hun må få en kop te, sker der noget. Pludselig, skriver Ogden, giver angsten og anspændtheden plads til en ny fysisk og psykisk tilstand. Knæene afslappes, drengens øjne undersøger legetøjskopperne, og han rækker ud efter en tom shampooflaske og leger, at den er en kande til at hælde mælk i teen. Hans stemme skifter fra anspændt klage til en legende fortælling om te med mælk i. Moren drikker teen, beder om mere, og legen fortsætter. Da hun kort efter rækker ud efter vaskekluden, slutter legen brat. Drengens angst og kroppens anspændthed vender med ét tilbage. Moren forsikrer ham nu om, at hun holder fast i ham, så han ikke glider. Herefter spørger hun efter endnu en kop te, og legen genopstår. Det, som er interessant her, er legen og fantasiens transforme-

9. Et dialektisk forhold kan beskrives som en proces, hvor to modsatrettede koncepter hver især skaber, informerer, bevarer og negerer det andet, og hvor de hver især står i et dynamisk, evigt foranderligt forhold til hinanden (Ogden 1985).

rende funktion i mødet med angsten. I legen gøres der flittigt brug af realiteten (badevandet), men uden at denne forkastes. Dette i modsætning til M's historie, hvor realiteten forkastes og underlægges den paranoide ønskefantasi (hjerneflugten). I Ogdens eksempel ser vi tværtimod et dialektisk forhold, hvor angst, realitet og fantasi skaber noget nyt gennem udvekslinger i det potentielle rum. Barnet formår at forvandle et angstfyldt stykke realitet (vandet) til en kærlig gave (teen) til den anden. Dermed opnås en tilknytning til den anden, der kan rumme barn og mor som selvstændige entiteter; realitet og fantasi, uden at forholdet mellem disse kollapser i retning af fantasien, når denne anvendes som en befæstning mod den anden. Da vi ovenfor beskrev M's terapi som et arbejde med at bygge skillevægge mellem drøm, fantasi, realitet og håb, var det med dette in mente. Skillevægge, der indstifter forskel og afgrænser jeg'et fra den anden, men uden at adskille og isolere.

Med Freud og Winnicott har vi fået et tentativt billede af farerne ved den imaginære fangethed, der lurer i narcissismen. Vi har med psykoanalysen som ledetråd forsøgt at underbygge tesen om paranoiaens almene grundlag, som vi blandt andet ser det beskrevet i den nyere empiriske litteratur. Samtidig må vi erkende, at Freuds teori om narcissisme ikke i sig selv giver et klart billede af paranoiaens særegne dynamik. Som Green (2002) påpeger, kan en negativ narcissisme lige såvel udmunde sig i et egentligt depressivt klinisk billede og altså ikke nødvendigvis i paranoia. Jacques Lacans tidlige arbejde udgør efter min mening det sted i den psykoanalytiske litteratur, hvor forbindelserne mellem jeg-dannelse, narcissisme og paranoia tydeligst etableres, omend i en noget fortættet form.

Jeg'et som paranoid dannelse

I modsætning til Freud, der tog afsæt i hysterien, gik Lacan fra start direkte til psykosen med sin afhandling om den paranoide psykose fra 1932 (Cox-Cameron, 2000). Vi skal dog begynde et andet sted, nemlig med teksten om spejlstadiet fra 1949. Her præsenterer Lacan en tænkning om jeg'ets dannelse, der samtidig bliver et nyt bud på en teori om narcissismen samt et orienteringspunkt i skellet mellem neurose og psykose. I sit arbejde bibeholder Lacan, ligesom Freud, flere af de diagnostiske kategorier, herunder paranoia og skizofreni, men hans tilgang til disse er en noget anden (Lacan, 1997a). I stedet for nosografiske enheder, anskuer han snarere de kliniske kategorier som eksistentialer, her i betydningen mulighedsbetingelser for væren, hvilken med psykoanalysen henviser til de måder, hvorpå subjektet kan være til i det sociale. Psykose, herunder paranoia, er

først og fremmest en mulighedsbetingelse. En betingelse for, hvorledes verden kan åbne sig for den enkelte. Dermed bliver al psykotiseret tænkning relateret til spørgsmål om, hvordan den enkelte danner, eller afstår fra at danne sociale bånd (Hyldgaard, 2014). Spejlstadiet, som Lacan beskriver det, opstiller her nogle teoretiske koordinater for disse mulighedsbetingelser på et tidspunkt, hvor det lille barn oplever en splittelse mellem dets fysiologiske udgangspunkt, den tidlige hjælpeløshed, og dets trang til at overkomme denne. Fordi det lille barn er kastet ind i verden, inden det er i stand til på egen hånd at agere i denne, er det med andre ord prisgivet sine omgivelser og omsorgen fra den anden (Lacan, 1973). Lacan er ligesom Winnicott interesseret i det punkt i udviklingen, hvor barnets optagethed af objektet (moderens krop) langsomt suppleres af en begyndende visuel identifikation med jævnaldrende børn samt dets evne til at genkende sig selv i et spejl. Men hvor spejlingen for Winnicott (1971c) primært handler om barnets evne til at spejle sig i moderens ansigt under amning, er der hos Lacan tale om spejling som funktion. Denne gestaltende funktion, når barnet genkender sig selv i spejlbilledet, understøttes ifølge Lacan af et tredje punkt uden for barnet selv, der således validerer billedet, eksempelvis en forælder, der udbryder: *"Der er du"*. Det er netop denne bevægelse mellem spejling og validering fra den anden, der kommer til at definere Lacans vægtning af det intersubjektive i psykoanalysen. Enkelte lacanianske psykoanalytikere taler ligefrem om barnets hoveddrejning, mellem spejlet og den anden, som den afgørende bevægelse, der fuldfører spejlstadiets jeg-dannende effekt. Den bekræftelse, der skyder barnet ind i identifikationen med spejlbilledet, sker altså fra et punkt uden for barnet selv. Hermed bekræftes jeg'et som værende både fundamentalt intersubjektivt og fremmedgjort (Tenenbaum, 2015). Intersubjektivt, fordi der kræves en anden for at validere billedet; fremmedgjort, fordi det billede, der bekræftes, er et spejlbillede i betydningen en miskendelse. Der er således ingen enhed i jeg'et. Det dannes i relation til den anden, som et dæklag eller slør over den reelle, fragmenterede og uudviklede krop. Jeg'et er "essentielt et alter ego, det er fremmedgjort", skriver Lacan (1997b, s. 39, min oversættelse). Spejlstadiet er den transformation, der finder sted, når barnet antager et billede. Det vil sige samler de mange kropslige, sensoriske og relationelle indtryk i en repræsentation. En repræsentation, der ikke blot er mig, men ligeledes et "mig for dem" (Bailly, 2023). "Spejlstadiet er et drama", skriver Lacan, "hvis indre udvikling meget hurtigt fører fra utilstrækkelighed til foregribelse – og som for subjektet, fanget i den rummelige identifikations fælde, fabrikerer de fantasmer, der danner forløbet fra et sønderdelt, fragmenteret kropsbillede til en totalform, som vi vil kalde ortopædisk – og til, at subjektet endelig iføre sig en fremmedgørende identitets

rustning, hvis strenge struktur kommer til at præge hele dets mentale udvikling" (Lacan, 1973, s. 52). Den totaltform, Lacan kalder ortopædisk, er jeg'et: en imaginær psykisk dannelse, der gennem spejleffekten tilbyder barnet et alternativ til dets egentlige, uudviklede og fragmenterede krop. Spejlstadiet kan derfor betragtes som en overvindelse af det psykiske dilemma, der opstår i separationen fra moderkroppen. Herved opnås et kohærent jeg gennem spejlingen samt en model for tilhørende objektrelationer. Men der åbnes samtidig op for et nyt intersubjektivt problemfelt. En verden af konkurrence, rivalisering og aggression i forhold til den anden, det jævnaldrende barn og dobbeltgængeren i spejlet (Nobus, 1998). Hos Lacan finder vi altså ingen dyadisk harmoni i den tidlige jeg-udvikling, men snarere det råstof, jalousien og paranoiaen opstår af. Lacan er interesseret i den aggressivitet, der opstår på baggrund af spejlingen, og som for ham er intimt forbundet med den paranoide dynamik. En aggressivitet knyttet til narcissismen og den miskendelse der karakteriserer jeg-dannelsen. I sin tekst om aggressivitet og psykoanalyse fra 1948 taler Lacan derfor om aggressivitet frem for aggression. Hvor aggression naturligt leder tankerne mod begrebet vold eller en særlig aggressiv adfærd, så forsøger Lacan snarere at udgrænse et metapsykologisk aspekt ved jeg'ets forhold til den anden.[10] Aggressivitet skal forstås primært som intention frem for adfærd. Det kan vi forstå i ordets almene betydning, fx som en aggressiv intention i den terapeutiske samtale (Lacan, 2006a). Men vi kan også, som Neill og Eyers (2024), læse begrebet fænomenologisk i betydningen rettethed – ofte rettet mod dem, vi føler os afhængige af. Aggressiviteten er det, der "gnaver" i relationen til den anden. Den udgør en konstant spænding i det mellemliggende, hvilket vi ligeledes ser i Melanie Kleins arbejde, når hun skri-

10. For at gøre teksten mere tilgængelig har jeg overordnet set undladt at skelne teoretisk mellem Lacans begreber *den lille anden* (a) og den store anden (A). Den lille anden er, som beskrevet, på én gang et modstykke og et spejlbillede. Den lille anden hører til det, Lacan kalder den imaginære orden, og repræsenterer derfor grundlæggende en fiktion om enhed. Den store anden betegner derimod en form for radikal forskel eller andethed, som overskrider det illusoriske aspekt af det imaginære. Den store anden er en hypotetisk instans – hverken en specifik person eller den sociale anden, en bestemt gruppe kan repræsentere. Den store anden fungerer som det hypotetiske "øje", for hvilket vi optræder, når vi agerer i det sociale rum, herunder når vi taler og anvender sprogets regler og koder. Lacan sidestiller ofte den store anden med sproget og loven, der tilsammen udgør den symbolske orden. Vi kan derfor forstå den store anden som det "sted", hvor talen opstår og bliver konstitueret. Kun i en sekundær forstand kan den store anden betragtes som et subjekt – nemlig når et subjekt indtager denne position og dermed "legemliggør" den store anden for et andet subjekt. Det er samtidig ikke muligt at skelne den lille anden fra den store anden i et lineært psykologisk udviklingsforløb, hvor det imaginære skulle komme før det symbolske. For eksempel i spejlingen, hvor barnet opdager sig selv som spejlbillede, er det afgørende, at bekræftelsen fra den anden – typisk en voksen – validerer billedet. Denne anden er imidlertid allerede indlejret i sproget og dermed den symbolske orden. Derfor er begge begreber (a og A) altid allerede til stede samtidig.

ver: "De destruktive impulser vendes fra starten mod objektet, hvilket kommer til udtryk i de fantaserede oralsadistiske angreb på moderens bryst, der snart udvides til et attentat mod hele hendes krop, ved hjælp af ethvert tænkeligt sadistisk middel. Forfølgelsesfrygten [...] er af stor betydning for udviklingen af paranoia og skizofreni" (Klein, 1973, s.170). Hvor Freuds paranoia tager afsæt i de intrapsykiske konflikter, der opstår, når individet tager sig selv som objekt, tager Lacan udgangspunkt i jeg'ets alienation og det fundamentalt smertelige ved at være to: et mig samt et mig for dem.

Ordinær paranoia

Enhver kliniker, der har siddet i samtale med et paranoidt menneske, vil kunne se de strukturelle lighedstegn mellem den paranoide ideation og videnstilegnelse i det hele taget. Forskeren, paranoikeren og konspirationisten har det tilfælles, at de alle er optaget af at afdække usynlige forbindelser og årsagsforhold. Men hvor den velvillige forsker ideelt set indtager rollen som uhildet betragter og derfra søger at udbygge den samlede vidensmængde inden for sit felt, forsøger de to andre grupper at delegitimere og afsløre den fordækte anden. (Brockhoff et al, 2018). For det meste lykkes vi med at gøre som den velmenende forsker, vi bruger sproget og de symbolske koder som mediator, vi enes. Trods dette hævder Lacan, at aggressiviteten og den primitive rivalisering sætter varige spor (Lacan, 2006a). Der er intet mere foruroligende, skriver Mills, end når man efter et helt livs forskning konfronteres med det simple spørgsmål: "Og hvor ved du så det fra?" (2019). For de fleste akkompagneres viden af en skjult makker, tvivlen, og bag denne, angsten. Det at vide noget, udsætter os samtidig for ubehagets understrøm, da ethvert epistemologisk argument samtidig er et metafysisk standpunkt (Mills, 2019). Vi kan ikke tale uden at tale et sted fra. Talen introducerer os grundlæggende til usikkerheden på samme måde, som spørgsmålet om magt ligeledes introducerer os til spørgsmålet om afmagt. Vi hører subjektets usikkerhed, skriver Lacan, "så snart det er nødt til at indfinde sig i spidsen for sine verber, hvormed han formodes at gøre mere end bare at genkende sig selv i en rodet realitet" (Lacan, 2006[11]). Derfor pirker vidensforhold altid til vores sårbarheder og dermed også til aggresivitetens forsvarstrang. Lacan er optaget af de grundlæggende paranoide forestillinger, han hævder eksisterer som grundlag for viden, når han påpeger at al menneskelig viden i bund og grund stammer fra

11. Jeg citerer her fra den endnu upublicerede danske oversættelse af J, Lacan. *Talen og sprogets funktion og felt i psykoanalysen, Romtalen* i Kristian Olesen Tofts oversættelse, under udgivelse ved Forlaget Wunderbuch.

rivaliseringen og jalousiens dialektik (Lacan, 1997b, s. 39). Denne jalousiens dialektik har at gøre med det forhold, at jeg'et er en repræsentation, der kræver den anden for at repræsentere sig selv. Det var Lacans arbejde som psykiater, der gjorde ham særligt interesseret i jalousien og aggressiviteten. Hos flere af de retspsykiatriske patienter, han undersøgte og skrev om, bl.a. i sin doktorafhandling om Aimée eller den berømte mordsag om søstrene Papin, så han kimen til deres morderiske handlinger i den paranoide rivalisering. I Aimées tilfælde bestod hendes forbrydelse i et knivoverfald på en skuespiller. Men længe før dette havde en spirende vrede og mistroiskhed rettet mod kollegaer og venner taget ophold i hende. I en tilstand af paranoid besættelse angreb Aimée en kvinde, hun aldrig før havde mødt, men som repræsenterede alle de egenskaber, hun selv drømte om, og som hun oplevede som en trussel. Hun angreb således et "eksternaliseret ideal" (Lacan, 1987, s. 225, 2020). I Aimées tilfælde og med vold generelt har vi at gøre med transgression, en overskridelse fra indskydelse til voldelig handling. Når den voldelige impuls udleves, overskrides grænsen således mellem forestilling og handling. Med aggressiviteten, som Lacan omtaler, er vi i stedet interesseret i den krænkelse, der gør, at volden overhovedet kommer på tale (Dana, 2019). Denne krænkelse, der fremstår forstørret og bizar i de paranoide lidelser, ser vi også i den almindelige udvikling gennem rivaliseringen. På sin vis ophører vi aldrig med at være det barn, der står foran spejlbilledet og søger bekræftelse hos den anden. Tidens allestedsnærværende identitetskampe illustrerer netop dette forhold. Det paradoksale er, at det unikke ved den enkeltes identitet kræver den andens bekræftelse. For at der kan være identitet, må der være en forskel, og forskel findes først, når der er nogen at være forskellig fra; identitet kan ikke oppebæres i et vakuum. Det er denne sammenfiltring mellem jeg'et og den anden, der giver anledning til den grundlæggende paranoide konflikt. Lacan peger blandt andet på små børns transitivisme, hvor et barn, der netop har slået et andet barn, kan hævde, at det var den anden, der slog. Lacan siger da, at barnet har ret, da det bogstaveligt talt er den anden. Ikke fordi det er et barn, men fordi jeg'et på sin vis altid har den anden i sig. Eller som han siger med en passage lånt fra digteren Arthur Rimbaud: Jeg er en anden (Lacan, 2023).

Hvor det meste af den psykoanalytiske litteratur følger Freuds definition af den paranoide mekanisme som et projektivt forsvar, så lokaliserer Lacan paranoiaen i det intersubjektive felt. Så tidligt som 1885, i et brev til sin ven Wilhelm Fliess, omtaler Freud paranoia som en "intellektuel psykose" og skriver: "Formålet med paranoia er således at afværge en idé, der er uforenelig med jeg'et, ved at projicere dens indhold ud i den ydre verden (Freud, 200, S. 109, min oversættelse). Lacan

er derimod skeptisk overfor denne brug af begrebet projektion (Lacan, 1997c, s. 145-46). Den paranoide mekanisme bør ikke forstås på baggrund af intrapsykisk konflikt, men snarere med udgangspunkt i den kamp på liv og død, der illustreres med den tyske filosof G.W.F. Hegels myte om herre-slave-forholdet. For Hegel er anerkendelse fra den anden en forudsætning for enhver identitet og selvbevidsthed, hvilket gør, at mennesker helt fundamentalt er afhængige af hinanden. Vi søger alle anerkendelse, men da forholdet til den anden i udgangspunktet aldrig er lige, aldersforskellen mellem barnet og den voksne eller slavens ulige forhold til herren, bliver denne søgen samtidig en kamp om anerkendelse. Den russisk-franske filosof Alexander Kojéve, hvis Hegel-forelæsninger Lacan fulgte i 1930'erne, skriver:

> *Det begær, der skaber selvbevidsthed, den menneskelige virkelighed - er endelig en funktion af begæret efter "anerkendelse". Og den risiko for livet, hvormed den menneskelige virkelighed "kommer frem i lyset", er en risiko for et sådant begærs skyld. At tale om selvbevidsthedens "oprindelse" er derfor nødvendigvis at tale om en kamp på liv og død for anerkendelse (1980, s. 7, min oversættelse).*

Netop fordi enhver stabil identitet afhænger af den andens anerkendelse, ansporer den samtidig paranoide dynamikker. Hver gang den enkeltes selvforhold eller identitet trues, opstår risikoen for en paranoid regression. Lacan skriver:

> *I begyndelsen, før sproget, eksisterer begæret udelukkende på det imaginære forholds og den spejlende scenes ene plan, projiceret, fremmedgjort i den anden. Den spænding, det fremprovokerer, bliver så frataget et resultat. Det vil sige, at den ikke har noget andet udfald – det lærer Hegel os – end tilintetgørelsen af den anden. Subjektets begær kan kun bekræftes i denne relation gennem en konkurrence, gennem en absolut rivalisering med den anden [..]. Og hver gang vi i et givet subjekt kommer tæt på denne primitive fremmedgørelse, opstår den mest radikale aggression (1991, s. 170, min oversættelse).*

Lad os kort illustrere dette med en lille sekvens fra klinikken. En ung mand med paranoid lidelse fortalte mig under en session, at hans tanker havde det med at blomstre op og blive til et tæt tjørnekrat, andre kunne rive sig på, så snart han følte sig usikker på sig selv i sociale sammenhænge. Han beskrev desuden følelsen af at have et alter ego, hvor han i stedet for sit rigtige navn omtalte sig selv

med navnet på en særlig krigerisk romersk hærfører. Det var tydeligt i vores samtaler sammen, at dette krigeriske alter ego dukkede frem, så snart den terapeutiske relation blot antydede et magtforhold mellem os.

Som Lacan ender Freud ligeledes i det sene forfatterskab og efter at have bevidnet rædslerne i første verdenskrig med at tildele de aggressive drifter en langt mere afgørende betydning. "Aggressionstilbøjeligheden", skriver Freud, "er et oprindeligt, selvstændigt driftsanlæg hos mennesket.." (1975, s. 65). Mennesket "fristes" ifølge Freud til at tilfredsstille sine aggressioner i relation til den anden. Ordet *fristes* leder her tankerne hen på det specifikt menneskelige ved aggressionen: lystfølelsen. Menneskets kamp for anerkendelse, magt, respekt og værdighed er tydeligvis af en helt anden beskaffenhed end dyrenes behovsstyrede kamp.

Patologisk paranoia

De paranoide dynamikker, herunder narcissismen som den anskues af både Freud og Lacan, kan vi som vist placere i almenpsykologien som en del af jegdannelsen. Der er, som Lacan hævder, noget fundamentalt paranoidt ved jeg'et. I forsøget på at skabe en vis sammenhæng har vi desuden set på den empiriske forskning, der ligeledes de seneste år har forsøgt at trække begrebet paranoia ud af skizofreniens skygge. En status, man til dels kan argumentere for, at begrebet havde i den klassiske, særligt franske psykiatri i det 19. århundrede. Vi har alle et iboende paranoidt anlæg, men som nævnt i tekstens indledning, er det kun de færreste, der udvikler en egentlig paranoid lidelse. I denne sidste del skal vi specifikt beskæftige os med paranoia i sin patologiske form. Freeman og Freeman arbejder med en række risikofaktorer, der ligeledes gør sig gældende ved andre psykiske lidelser, men som de hævder korrelerer særligt med de paranoide tilstande. De peger bl.a. på livet i storbykulturer, præget af fluide sociale bånd, hvor det i højere grad er op til den enkelte at skabe sit netværk. Allerede i 1938 fandt sociologerne Faris og Dunham, at psykotiske lidelser var langt mere udbredte i de områder af Chicago, hvor indbyggerne primært boede i små, ens lignende, anonyme kollegieboliger uden nævneværdigt fællesskab. Anonymitet og isolation, skriver de, var et gennemgående karakteristikum i de sociale relationer i området (Freeman og Freeman, 2008). Flere nyere studier peger ligeledes på, at mennesker, der lever tilbagetrukket og alene, er mere tilbøjelige til at udvikle psykoselignende symptomer, herunder paranoia, end mennesker, der lever i fællesskaber. Det kan naturligvis skyldes en iboende tendens hos disse til at skærme og isolere sig, men overordnet set ser det ud til, at faktorer som margina-

lisering, migration, social udsathed, herunder prekære og usikre arbejdsforhold præget af midlertidige kontrakter med hård konkurrence, er betydelige faktorer i udviklingen af paranoide lidelser (Ellet og Wildschut, 2014, Freeman og Freeman, 2008). Dertil kommer nogle individuelle psykologiske risikofaktorer, såsom øget bekymringstendens, ængstelighed, lavt selvværd samt en generelt kognitiv stil, der fortolkningsmæssigt præger forarbejdningen af indtryk i paranoid retning. Ingen af disse enkeltdele kan selvstændigt siges at lede til paranoide tilstande, hvorfor man, ifølge Freeman og Garety (2004), bør anskue problemet multifaktorielt. Trods dette ser man i de kognitive modeller et gennemgående og ofte ensidigt fokus på den enkeltes evne til at vurdere eller tolke udefrakommende indtryk (Chadwick et al., 1996). Man kan indvende, at marginalisering, angst og problemer med tolkning af indtryk har det til fælles, at de handler om den enkeltes plads i det sociale rum – mere specifikt om at finde en passende afstand til den anden[12]. En afstand, hvorved der, med Winnicotts ord, kan etableres et "leve-sted", hvor den anden hverken er helt fraværende eller invaderende. I en psykoanalytisk-dialektisk forståelse bliver paranoia her blot et andet navn for den intersubjektive vekselvirkning, der netop afgør afstanden til den anden – eller, som tidligere nævnt, de mulighedsbetingelser, der bestemmer, hvordan den enkelte danner eller afstår fra at danne sociale bånd (Miller, 2020). Skellet mellem ordinær og patologisk paranoia, som det udlægges her, er først og fremmest en metapsykologisk betragtning; et forsøg på at identificere de psykiske betingelser, der forhindrer den paranoide i at skabe et sådant *leve-sted*. I den paranoide lidelse er der ifølge Lacan tale om en psykologi, hvor den aggressive tendens er fundamental. Med reference til psykologen Pierre Janets arbejde med persekutoriske følelser taler Lacan om udvikling, der stagnerer på særlige punkter. Det kan sammenlignes, skriver Lacan, med det, der sker, når en filmprojektor pludselig går i stå midt i en scene og skuespillernes ansigter fryser i en underlig fremmed grimasse (Lacan, 2006a). Der er her tale om en fiksering af aggressiviteten, hvilket mere specifikt også refererer til en fiksering i den sekundære narcissisme (Julien, 1994). Med fiksering menes et moment eller en overgang i udviklingen, hvor noget, f.eks. et traume, efterlader et så betydeligt aftryk i psyken, at dette fikseringspunkt risikerer at bryde igennem igen og igen i form af symptomer, så snart individet udfordres (Laplanche og Pontalis, 1973). For

12. Herunder, helt konkret, hvor meget kontakt og hvor tæt en relation den enkelte kan udholde at have til andre mennesker. Nogle lever hengemte online-liv, hvor indkøb, interesser, venskaber og seksualitet i høj grad plejes på internettet, fysisk adskilt fra andre, mens andre direkte opsøger sociale konflikter i et ønske om oprejsning – det, man med en ældre psykiatrisk betegnelse kaldte kværulantforrykthed.

den paranoide har vi at gøre med en fiksering i den imaginære (narcissistiske) spejlrelation, der således slår igennem i form af rivalisering og imaginære besættelser i den enkeltes møde med verden. Den tidligere nævnte bevægelse fra ideal-jeg til jeg-ideal er her grundlæggende usikker og ambivalent, hvilket gør det svært at skabe og vedligeholde relationer. Forholdet til andre præges derfor af mistroiskhed, tvivl og angst for andres intentioner: "Hvad vil de mig?" Og fordi enhver identitet netop afhænger af en bekræftelse udefra (et *mig for dem*), sendes den paranoide ind i et uendeligt loop, hvor angst og utryghed afløses af forsøg på at overvinde dette gennem beskyldninger, paranoide forsvar eller flugt ind i ideale fantasiverdener. I paranoia, skriver Lacan, er forfølgerne identiske med ego-idealets billeder (Lacan, 2023). De idealer, der, gennem individuationsprocesser, skulle hjælpe den enkelte til en selvstændig identitet blandt andre, bliver i stedet ambivalente og farlige; noget man skal tage sig i agt for.

Lad os tage et sidste eksempel fra min kliniske hverdag. En ung mand sidst i 20'erne, vi kan kalde ham R, møder op i klinikken med et ønske om at tale om relationen til sin far. R har gennem en årrække været i behandling for en psykoselidelse, men har ikke tidligere været i psykoterapi. Han har flere gange været indlagt på psykiatrisk afdeling og har tidligere i sin ungdom haft et massivt stofmisbrug. To gange har han været meget tæt på at miste livet på grund af en overdosis. Da jeg møder R, har han været helt fri af stoffer og alkohol i en længere årrække. I vores første samtale udtrykker han et ønske om at forholde sig til sin opvækst med en far, han beskriver som narcissistisk, misbrugende, aggressiv og manipulerende. R føler sig opfyldt af en enorm vrede rettet mod faderen, og den terapeutiske relation bærer da også i begyndelsen præg af et stærkt ønske om at få valideret sin vurdering af faderen. Barndomshjemmet var præget af faderens misbrug og voldsomme temperament. R husker for eksempel, at han plejede at barrikadere døren til sit værelse, inden han gik i seng, da faderen havde for vane at overfuse ham, når han kom beruset hjem om natten. I perioder har R været forpint af vrangforestillinger og hallucinationer, hvor han blandt andet hørte sin far råbe ad ham. De seneste år har det dog primært været paranoide ideationer, der har plaget ham. Disse handler i sin mest udtalte form om frygt for at blive skudt eller stukket ned på gaden. R bor i et område med velkendte gadebander og føler sig i perioder meget utryg, når han går forbi unge mænd på gaden eller ser en mistænksom bil på vejen. Når han passerer folk på gaden, gør han det ofte med så god afstand, at han samtidig kan holde øje med, om de skulle have en kniv. Cykler han forbi en parkeret bil med et særligt udseende, får han ofte tanken, at der potentielt kunne sidde en bevæbnet person i bilen, der nemt ville

kunne få ram på ham gennem vinduet. R er musiker og har beskæftiget sig med musik siden han var helt ung. En interesse han mener kommer fra sin far, der ligesom ham er en stor musikelsker. R husker sin far være mere en ven end en far, men understreger, at det ikke nødvendigvis var en god ven. Det var den type ven, der deler sin joint, selvom man ikke er gammel nok til den slags. I terapien taler R blandt andet om sin drøm om at blive en stemme for dem, der står udenfor. Han drømmer om at realisere dette gennem sine sange, men er samtidig i særligt det første år af terapien nærmest besat af en ung musiker, der er død af en overdosis. Der er dage, hvor han nærmest ikke laver andet end at se den samme dokumentarfilm om denne musiker igen og igen. Opvæksten er turbulent, men ikke entydig hård. Han husker også gode stunder og har et nært forhold til sin mor. Trods dette slås han gennem opvæksten med en grundlæggende følelse af at stå udenfor. I skolen bliver han sendt til psykolog, men bliver inden første samtale instrueret af sin far i, hvad han må, og hvad han ikke må tale med psykologen om. Det, der foregår derhjemme, skal han holde for sig selv. Som 13-årig opgiver han at passe ind og indtager den rolle som outsider, han føler, han allerede er blevet tildelt. Under en terapitime støder vi på en erindring, vi her kan udpege som en af de ovennævnte fikseringspunkter. R er ved at fortælle om en aften i en af barndommens mere turbulente perioder. Det drejer sig om en episode, hvor han havde lavet en aftale med en ven, der skulle overnatte hos ham. Da de er ved at falde i søvn, kommer R's far pludselig brasende hjem. Han er tydeligt beruset og kaster voldsomt op, da han kommer ind i stuen. Da R fortæller dette, går han langsomt mere og mere i stå. Han kan pludselig ikke huske den historie, han er ved at fortælle, og hans tale begynder at falde fra hinanden. Han ser op på mig med et fjernt blik og siger konstaterende: »det sner herinde, dit ansigt er helt deformeret nu«. Jeg ved fra tidligere, at synet af snevejr er en tilbagevendende hallucination, R oplever i særlige situationer. Efterfølgende er han omtåget og forvirret og skal bruge ganske lang tid på at samle sig. Næste gang vi ses, kommenterer han på oplevelsen og siger overrasket, at han tidligere i sådan en situation ville have haft behov for indlæggelse. Vi arbejder videre i forhåbning om at være på rette kurs.

I det sidste år af vores arbejde sker der mange ting i R's liv. Han er meget aktiv med sin musik og lever et ganske socialt liv, hvor han blandt andet arbejder som bartender. Samtidig er det tydeligt, at følelsen af ensomhed stadig plager ham. I vores samtaler vender han flere gange tilbage til en situation fra en personalefest. Det drejer sig mere specifikt om et billede taget den aften, hvor personalet er sammen. R er også på billedet, men ser og oplever sig selv udgrænset fra fælles-

skabet. Han deltager, taler med sine kolleger og er vellidt i gruppen, men føler sig igen som en outsider. De mere udtalte paranoide og psykotiske symptomer er trukket noget i baggrunden, men R's måde at knytte bånd til andre er stadig farvet af afstand og en underliggende vagtsomhed; han beskytter sig. Vi arbejder med dette gennem flere måneder, hvorefter han en dag oplever noget, han selv beskriver som et vendepunkt. Episoden udspiller sig en aften, hvor han sammen med en ven er på vej til en fest. Lige inden de går ind, får han den tanke, at ingen vil bryde sig om ham derinde. Til festen har han en samtale med en kvinde, der virker nysgerrig og interesseret i ham. De taler sammen, og han fortæller ting om sig selv, men mærker så en angst rejse sig i ham: »*Nu har hun noget på mig*«. Han illustrerer dette i terapien ved at tegne en fiktiv linje på gulvet – mig og dem. R kan godt tale om andres følelser og bliver ofte af venner betragtet som en god lytter. Men så snart nogen sætter en fod over på hans side, dukker de paranoide tanker op, og han trækker sig. Det opfanger andre mennesker hurtigt og reagerer med afstand. Det, han beskriver som et vendepunkt, er erkendelsen af, at den paranoide reaktion ikke starter med noget, den anden gør, men snarere med en sårbarhed i ham selv. I tiden efter denne samtale begynder han at lægge mærke til andre situationer, hvor de paranoide tanker blusser op, og erkender, at det ofte er, når han føler sig udsat og usikker. R begynder i den efterfølgende periode at eksperimentere med dette ved at tillade andre at komme lidt tættere på. Angsten dukker stadig op, eksempelvis på baren hvor han arbejder. Her kan han, når han ser gæsterne sidde og tale sammen, få den tanke, at de taler negativt om ham. Tidvist fanger han sig selv i at forsøge at mundaflæse, for at afgøre om de siger hans navn. Når han bliver opmærksom på dette, forsøger han, som han siger, at læne sig til den anden side i sig selv, væk fra angsten. Han taler om ikke at komme til at dyrke de paranoide tanker, hvilket er meget udfordrende for ham. De paranoide tanker er ikke udelukkende angstfyldte, men indeholder også et uklart, men lystfyldt element. Denne grænseflade mellem smerte og nydelse er særligt forvirrende for R. Han taler om trangen til at »*overgive sig til elendigheden*«, som en følelse af at vende hjem. Ligeledes taler han om en tilbøjelighed hos sig selv til at dyrke en smertefortælling om sit liv. Det vendepunkt, R taler om, kan vi også med Lacan kalde en dialektisk omvending. Et punkt i behandlingen, hvor det lykkes den enkelte at vende et afgørende forhold ved måden, symptomet fremstår som en sandhed. Kort sagt handler dette om de punkter, hvor den enkelte får mulighed, gennem terapien, for at høre dele af sin egen investering i problemerne, hvilket åbner muligheden for at placere sig et nyt sted i forhold til disse (Lacan, 2006b). Den britiske psykoanalytiker Bernard Burgoyne skriver om disse dialektiske omvendinger: "Hvert af disse successive øjeblikke i behandlin-

gen omdefinerer sandheden for subjektet og forskyder en smule rammen og organiseringen af deres objektrelationer" (2022, s. 38, min oversættelse). Det var denne omvending, der ikke var mulig i starten af R's behandling, hvor han i stedet ønskede sig en fælles terapeutisk alliance mod faderen. Problemet, som jeg ser det, var ikke, at fortællingen om faderen var forkert. Den var givetvis sand. Det var snarere det, at opstillingen genetablerede faderen som et (paranoidt) forfølgende objekt, hvilket blot bekræftede den paranoide logik, hvormed den anden optrådte som en invaderende figur. Den paranoide logik bliver dermed et lukket kredsløb, hvor den enkelte hele tiden bekræfter kredsløbets berettigelse via nye forsvar mod potentielle angreb. I stedet kom vores arbejde i denne del af R's forløb til at kredse om det, psykoanalytikeren Wilfried Ver Eecke kalder en socialisering af aggressionen (Ver Eecke, 2019). Det handler om at lede behandlingen på en sådan vis, at aggressiviteten og dermed rivaliseringen med den anden kan gennemspilles (gennemarbejdes) i terapien fra situation til situation i en ny symbolsk dimension, hvor forholdet til andre kan nuanceres og dermed svække det narcissistiske kredsløb. Vi kan også med Lacan beskrive dette som en bevægelse fra en tegn-logik, hvor forholdet til den anden er betydningsmæssigt fastlagt (den anden *er* farlig og invaderende), til en signifiant-logik, hvor forholdet til den anden ikke på forhånd er bestemt, men i stedet afgøres kontekstuelt: fra mig *eller* dem til mig *og* dem. Det var til dels det, vi så illustreret i Ogdens eksempel med barnet, der var bange for vand. I starten var vandet ensbetydende med angst og ubehag, men med legen som mellemkomst blev det pludseligt muligt at integrere og omdanne det angstfyldte til en meningsfuld udveksling i relation til moderen. Med udgangspunkt i teorien om spejlstadiet taler Ver Eecke om den afgørende funktion, barnets rivalisering med andre børn (spejlbilleder) har i den tidlige udvikling. Søskenderivalisering er her et indgangspunkt for individuationsprocessen, da børnenes indbyrdes imitation og rivalisering samtidig bliver en måde at adskille sig fra den anden, der enten optræder som konkurrent eller ideal eller begge dele. Aggressiviteten er med andre ord nødt til at finde et passende objekt. Uden denne rivalisering med sine søskende eller andre børn vil konkurrence på et senere tidspunkt opleves som farlig og invaderende. Og eftersom aggressivitet er en naturlig del af enhver rivalisering, vil aggression ifølge Ver Eecke ligeledes opleves som faretruende. I R's tilfælde så det ud til, at han forsøgte at løse denne grundlæggende paranoide konflikt ved at trække sig fra relationer og devaluere sig selv, hvilket intensiverede følelsen af ensomhed. Det er også det, vi tidligere har omtalt som bad-me-paranoia. For nogle mennesker med paranoia kan aggressiviteten i stedet stabiliseres ved at knytte sig til utopiske, spirituelle, religiøse eller politiske projekter, hvor kampen for en anden

verden enten binder aggressionen eller giver den en social legitimering – en position Hegel omtaler som den romantiske reformator (Ver Eecke, 2019). Det terapeutiske arbejde med mennesker med paranoia kan anskues som en ny mulighed hos den enkelte for at gennemarbejde spørgsmålet om rivalisering og dermed socialisere aggressiviteten gennem den triangulering, terapeutens lytning og interventioner tilbyder.

Med fordringen om at socialisere aggressiviteten er vi tilbage ved tekstens indledning og Nancys spørgsmål om den fremmedes indtrængen. "Når han først er ankommet," skriver Nancy, "hvis han forbliver fremmed, og så længe han gør det i stedet for blot at »blive naturaliseret« – vil hans ankomst ikke ophøre" (Nancy, 2002, s. 1, min oversættelse). Det er netop her, i den fremmedes uophørlige ankomst, at den paranoides forbandelse tager bolig. Det, den paranoide har så vanskeligt ved at gøre på egen hånd, er netop, som Nancy påpeger at neutralisere eller mediere det, der er fremmed, nemlig den anden i os selv.

Jeg vil hermed afslutningsvist overlade ordet til R. Her med et ekstrakt fra den sidste fase af vores arbejde sammen:

R: "Jeg føler mig ikke længere helt så meget som en outsider"
R: "Jeg ser mig mere som en særlig person nu"
T: "Hvad er forskellen?"
R: "En outsider er ekskluderet"

Afslutning

Er vi så alle paranoide? Ja, men ikke alle lider eller bliver syge. Nogle vil med en vis berettigelse hævde, at vi hermed ikke er kommet nævneværdigt videre, at vi intet nyt har sagt. Hvis paranoia er et almenpsykologisk fænomen på linje med angst og depression, hvis fænomenet ses i både raske og ikke-raske befolkningsgrupper, hvis paranoiaen tidvist kun påvirker dele af psyken, og hvis fænomenet helt overordnet er en del af den "normale" udvikling, har vi da ikke rigeligt i de diagnostiske kategorier og den forståelse, vi allerede har til rådighed? Jeg hævder, at spørgsmålet skal tilgås fra en anden vinkel. Vanskeligheden ved det paranoide fænomen befinder sig i et grænseland mellem jeg'et og omverdenen. Når vi som behandlere interesserer os for den enkeltes grundbetingelser for at navigere i dette grænseland opøver vi en evne til at lytte til det *arbejde*, den lidende udfører i forsøget på at holde sig uskadt. I begyndelsen af en behandling tjener dette

arbejde typisk under symptomets herredømme, eller med Freuds ord, under indflydelse af en gentagelsestvang. Dette kan ændre sig, men det kræver én, der formår at lytte til materialet uden en intention om at afgrænse det sygelige fra det raske, men derimod at lytte efter ledetråde i *den enkeltes unikke arbejde*, der kan inspirere til nye og mindre lidelsesfyldte tanke- og livsformer. Et sådant arbejde er altid et kreativt arbejde. Når vi åbner feltet og ser ud over nomenklaturen, åbner vi muligheden for at se det almene i det patologiske og den patologiske kim i den almene. Det er der efter min mening behov for, hvis vi skal hjælpe mennesker, hvis livsverden er stagneret i det, August Wimmer kalder den patologiske roman.

Litteratur

Bell, D. (2003). *Paranoia*. Cambridge: Icon Books.

Benvenuto, S. (1995). Freud's Concept of Narcissism. European *Journal of psychoanalysis,1.*

Brockhoff, M., Thorup, M., Peters, R. (2018). Politik, magt og demokrati. In *Den skjulte sandhed.* Aarhus: Forlaget Klim.

Burgoyne, B. (2022). Presentation on Transference. In *Reading Lacan's Ècrits. From 'Logical Time' to 'Response to Jean Hyppolite'*. New York: Routledge.

Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., & Trower, P. (1996). A Cognitive View of Delusions and Voices. In *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Hoboken: Wiley.

Cox-Cameron, O. (2002). Lacan's doctoral thesis: Turbulent preface or founding legend. *Psychoanalytische Perspectieven*, nr. 41/42.

Dana, G. (2019). From violence to aggressiveness. In *On psychoanalysis and violence*. New York: Routledge.

DeRosse, P., Karlsgodt, K. H. (2015). Examining the Psychosis Continuum. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 2:80–89.

Ellett, L., Wildschut, T. (2014). Are we all paranoid? *The Psychologist*, 27(5), 328-331.

Evans, D. (1996). *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*. New York: Routledge.

Freeman, D., Garaty, A. P. (2004). Persecutory delusions. *In Paranoia. The Psychology of Persecutory Delusions*. Hove, East Sussex: Psychology Press.

Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425–457.

Freeman, D., Freeman, J. (2008). *Paranoia. The 21st-century fear*. Oxford: Oxford University Press.

Freeman, D., Freeman, J. (2021). www.paranoidthoughts.com/about-paranoia/#howcommon

Freud, S. (1990). *Schreber. Psykoanalytiske bemærkninger om et selvbiografisk tilfælde af paranoia (dementia paranoides)*. København: Hans Reitzels Forlag.

Freud, S. (1974). Om indførelsen af begrebet narcissisme. In Olsen, O. A., Kjær., B., Køppe, S. (Eds), *Metapsykologi 1*. København: Hans Reitzels Forlag.

Freud, S. (1972). *Kulturens byrde*. København: Hans Reitzels Forlag.

Freud, S. (2001). Draft H: Paranoia from extracts from the Fliess papers. In Strachey. J. (Eds) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 1. London: Vintage Classics.

Gammelgaard, J. (2018). Narcissisme. In *Efter Freud. Erindringsforstyrrelser og andre normale mærkværdigheder*. København: Hans Reitzels Forlag.

Green, A. (2002). A dual conception of narcissism: positive and negative organizations. *Psychoanalytic*

Quarterly, 71(4):631-49.
Hansen, E. B. (1976). *Paranoia hypochondriaca*. København: Rigshospitalet, Psykiatrisk Poliklinik.
Hyldgaard, K. (2014). En indledning. In *Eksistensens galskab*. København: Multivers.
Julien, P. (1994). The Pain of Being Two. In *Jacques Lacan's Return to Freud*. New York: University Press.
Kirsner, L. R. (2011). Applying the work of Winnicott and Lacan. The problem of psychosis. In *Between Winnicott and Lacan*. New York: Routledge
Kojéve, A (1980). In Place of an Introduction. In *Introduction to the reading of Hegel. Lectures on the Phenomenology of Spirit*. London: Cornel University Press.
Klein, M. (1973). Notat om skizoide mekanismer. In *Psykoanalyse af børn*. København: Bibliotek Rhodos.
Kraepelin, E. (1987). Dementia Praecox. In Cutting, J., Shepherd, M. (Eds), *The clinical roots of the schizophrenia concept. Translations of seminal European contributions on schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
Køppe, S. (2004). Psykiatriens udvikling. In *Neurosens opståen og udvikling i 1800-tallet*. København: Frydenlund.
Lacan, J. (1973). Spejlstadiet som danner af Jeg-funktionen som den fremtræder i den psykoanalytiske erfaring. In *Det ubevidste sprog*. København: Bibliotek Rhodos.
Lacan, J. (1991). The see-saw of desire. In *The Seminar of Jacques Lacan: Book 1: Freud's Papers on Technique*, 1953-1954. London: Norton.
Lacan, J. (1997a). Introduction to the question of the psychosis. In *The seminar of Jacques Lacan, Book 3: The psychoses, 1955–1956*. London: Norton
Lacan, J. (1997b). The Other and Psychosis. In *The seminar of Jacques Lacan, Book 3 The psychoses, 1955–1956*. London: Norton.
Lacan, J. (1997c). On the rejection of a primordial signifier. In *The seminar of Jacques Lacan, Book 3: The psychoses, 1955–1956*. London: Norton.
Lacan, J. (2006a). Aggressiveness in Psychoanalysis. In *Ècrits*. New York: Norton & Company.
Lacan, J. (2006b). Presentation on Transference. In *Ècrits*. New York: Norton & Company
Lacan, J. (2006c). The Function and Field of Speech and Language in Psychoanalysis. In *Ècrits*. New York: Norton & Company.
Lacan, J. (2020). Motives of Paranoiac Crimes: The Crime of the Papin sisters. *The Lacanian Review*, issue 10, 16-31.
Lacan, J (2023). Some Reflections on the Ego. *International Journal of Psychoanalysis*, 104, no. 6, 1123–31.
Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1973) The Language of Psychoanalysis. New York: Norton & Company.
Leader, D. (2011). *Quiet Madness*. In What Is Madness?. London: Hamish Hamilton.
Lewis, A. (1970). Paranoia and Paranoid: A Historical Perspective. *Psychological Medicine*, 1, 2-12.
Mellergård, M. (2008). Nye svar på gamle spørgsmål. Psykiatriske trosretninger 1880-1930. In Krag, J. V. (Eds), *Psykiatriens historie i Danmark*. København: Hans Reitzels Forlag.
Mills, J. (2019). Lacan on paranoiac knowledge. In Mills, J, Downing, D (Eds), *Lacan on psychosis. From Theory to Praxis*. New York: Routledge.
Miller, J-A. (2020). Paranoia, Primary Realation to the Other. *The Lacanian Review*, issue 10, 57-91.
Nancy, J. (2002). L'Intrus. CR: *The New Centennial Review*, Vol. 2, number 3, 1-14.
Nasio, J-D. (1995). Narcissismen. In *En præsentation af 7 hovedbegreber i psykoanalysen*. København: Hans Reitzels Forlag.
Neill, C., & Eyers, T. (2024). Aggressiveness in psychoanalysis. In *Reading Lacan's Écrits: From 'Overture' to 'Variations on the Standard Treatment'*. New York: Routledge.
Nobus, D. (1998) 'Life and death in the glass: A new look at the mirror stage', in Nobus, D. (Eds) *Key concepts of Lacanian psychoanalysis*. London: Rebus Press.

Saks, E. R. (2007). *The center cannot hold*. New York: Hyperion.

Tenenbaum, E. (2015). El giro de la cabeza. In *Lacan, El Nudo. Escrituras impropias de la clinica.* Buenos Aires: Letra Viva (upubliceret dansk oversættelse).

Trower, P., Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3), 263–278.

Ogden, T H. (1985). On potential space. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, no 2, 29-41.

Underwood, R., Kumari, V., Peters, E. (2016). Appraisals of psychotic experiences: an experimental investigation of symptomatic, remitted and non-need-for-care individuals. *Psychological Medicine*, 46, 1249–126

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195.

van Os, J., Linscott, R. J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43,1133-49.

Ver Eecke, W. (2019). Hegel and Lacan on Paranoia and the Question of How to Avoid the Dangers Inherent in Ideas of Social Reform. *In Breaking through schizophrenia: Lacan and Hegel for talk therapy*. Maryland:Rowman & Littlefield.

Ward, T. A.,Gaynor, K. J., Hunter, M. D., Woodruff P. W. R., Garety, P. A.,Peters, E. R. (2014). Appraisals and Responses to Experimental Symptom Analogues in Clinical and Nonclinical Individuals With Psychotic Experiences. *Schizophrenia Bulletin* vol. 40, 845–855.

Wimmer, A. (1902). *Evolutiv Paranoia: Bidrag til Forrykthedslæren*. København: Baldur Borgen.

Winnicott, D. W. (1997a). Overgangsobjekter og overgangsfænomener. In *Leg og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Winnicott, D. W. (1997b). Stedet hvor vi lever. In *Leg og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Winnicott, D. W. (1997c). Moderens og familiens spejlende rolle i barnets udvikling. In *Leg og virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

Individuel psykodynamisk psykoterapi til skizofreni

Et narrativt review af kliniske studier

Af Jesper Nørgaard Kjær [1]

1

Resume

Artiklen gennemgår den empiriske evidens for individuel psykodynamisk psykoterapi til skizofreni. I alt inkluderes 14 studier, heraf 7 randomiserede studier. To af studierne fremhæves her. Et stort dansk studie med støttende psykodynamisk psykoterapi viste en signifikant behandlingseffekt på psykotiske symptomer og funktionsniveau sammenlignet med standardbehandling. Ligeledes viste det nyeste af studierne, at mentaliseringsbaseret terapi forbedrede det sociale funktionsniveau sammenlignet med FACT-behandling. Resultaterne fra de andre studier viste ikke entydigt, at individuel psykodynamisk psykoterapi havde bedre effekt end anden behandling. Overordnet antydes en effekt af psykodynamisk terapi til skizofreni, men det er svært at drage en konklusion på grund af studiernes heterogenitet, og de blev gennemført med flere årtier imellem.

Nøgleord: psykodynamisk psykoterapi, skizofreni, mentaliseringsbaseret terapi, psykosocial intervention

Introduktion

Skizofreni er en svær psykisk sygdom, og patienter med skizofreni lever 10-20 år kortere end baggrundsbefolkningen (Nordentoft et al., 2013). Vi bliver gradvis klogere på de bio-psyko-sociale processer, som er baggrund for sygdommen. Foruden biologiske faktorer har studier også vist, at sociale faktorer som for eksempel fysiske og seksuelle overgreb i barndommen har en væsentlig betyd-

1. Forskningsenheden for Psykoser, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien. Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

ning for udviklingen af psykose, og i løbet af sygdomsforløb øger stressende livsbegivenheder risikoen for tilbagefald (Tandon et al., 2024). Tilbagefald udgør en betydelig sygdomsbyrde ved at øge risikoen for sociale og erhvervsmæssige tab samt selvmord (Starzer et al., 2024). Der er en stor variation i sygdomsforløb med skizofreni. Omkring 40 procent opnår symptomremission, mens en tredjedel får et kronisk forløb med vedvarende symptomer, der er svære at behandle (Starzer et al., 2024). Derfor er det vigtigt at forbedre nuværende behandlingsformer og udvikle nye. Foruden farmakologiske præparater har psykosociale interventioner også en betydelig rolle i behandlingen af skizofreni. En meta-analyse fandt, at psykosociale interventioner kan reducere risikoen for tilbagefald med op til 50 % (Bighelli et al., 2021). De mest effektive interventioner var familieintervention, kognitiv adfærdsterapi, forebyggelsesprogrammer og integreret behandling som OPUS og FACT. Psykodynamisk psykoterapi var ikke inkluderet i meta-analysen. Ligeledes blev psykodynamisk psykoterapi heller ikke nævnt i den amerikanske retningslinje for behandling af skizofreni (American Psychiatric Association, 2020). I den tyske retningslinje nævnes kort, at psykodynamisk terapi kan overvejes for at forbedre det globale funktionsniveau (DGPPN, 2019). Anbefalingen fik den laveste styrke, fordi der kun refereres til det danske studie af Rosenbaum et al. (2012). Den norske retningslinje anbefalede, at støttende psykodynamisk psykoterapi kan gives efter en individuel vurdering og efter fasespecifikke principper, samt at terapien skal foregå i en ikke-psykotisk fase (Helsedirektoratet, 2023). Terapi kan ifølge retningslinjen være nyttig for at integrere oplevelser og bidrage til bedre selvforståelse som led i en recoveryproces. Anbefalingen var grad B (næsthøjeste styrke) pga. retningslinjen kun kunne referere til få kliniske studier. Et Cochrane review fra 2001 fandt i alt fire randomiserede studier (Malmberg & Fenton, 2001). Alle studierne var fra USA og i varierende størrelse og kvalitet (de beskrives nærmere i resultatafsnittet). På den baggrund blev konklusionen, at der var begrænset viden på området, og det kunne hverken be- eller afkræftes, om psykodynamisk psykoterapi til skizofreni havde en behandlingseffekt. Cochrane reviewet er nu over to årtier gammelt, og på den baggrund vurderes det relevant med en opdateret litteraturgennemgang.

Formål

Det primære formål er at vurdere behandlingseffekten af individuel psykodynamisk psykoterapi til voksne med skizofreni ved at lave en litteraturgennemgang af kliniske studier.

Metode

Artiklen blev skrevet som opgave i en specialistuddannelse i psykodynamisk psykoterapi. Litteraturgennemgangen blev ikke preregistreret. Databasenerne MEDLINE (PubMed), Embase og PsycInfo blev brugt til at søge efter litteratur. Søgestrengen på MEDLINE var "((psychodynamic psychotherapy) OR ("Psychotherapy, Psychodynamic"[Mesh])) AND ("Schizophrenia"[Mesh])". Lignende søgestrenge blev brugt på Embase og PsycInfo. Søgningen blev udført den 25. marts 2025. Derudover blev citationer fra tidligere litteraturgennemgange (fundet i aktuelle søgning) og inkluderede artikler gennemgået (se figur 1).

Generelt var kriterierne brede for at inkludere alle relevante studier i litteraturgennemgangen. Studier blev vurderet ud fra følgende kriterier:

Inklusion:

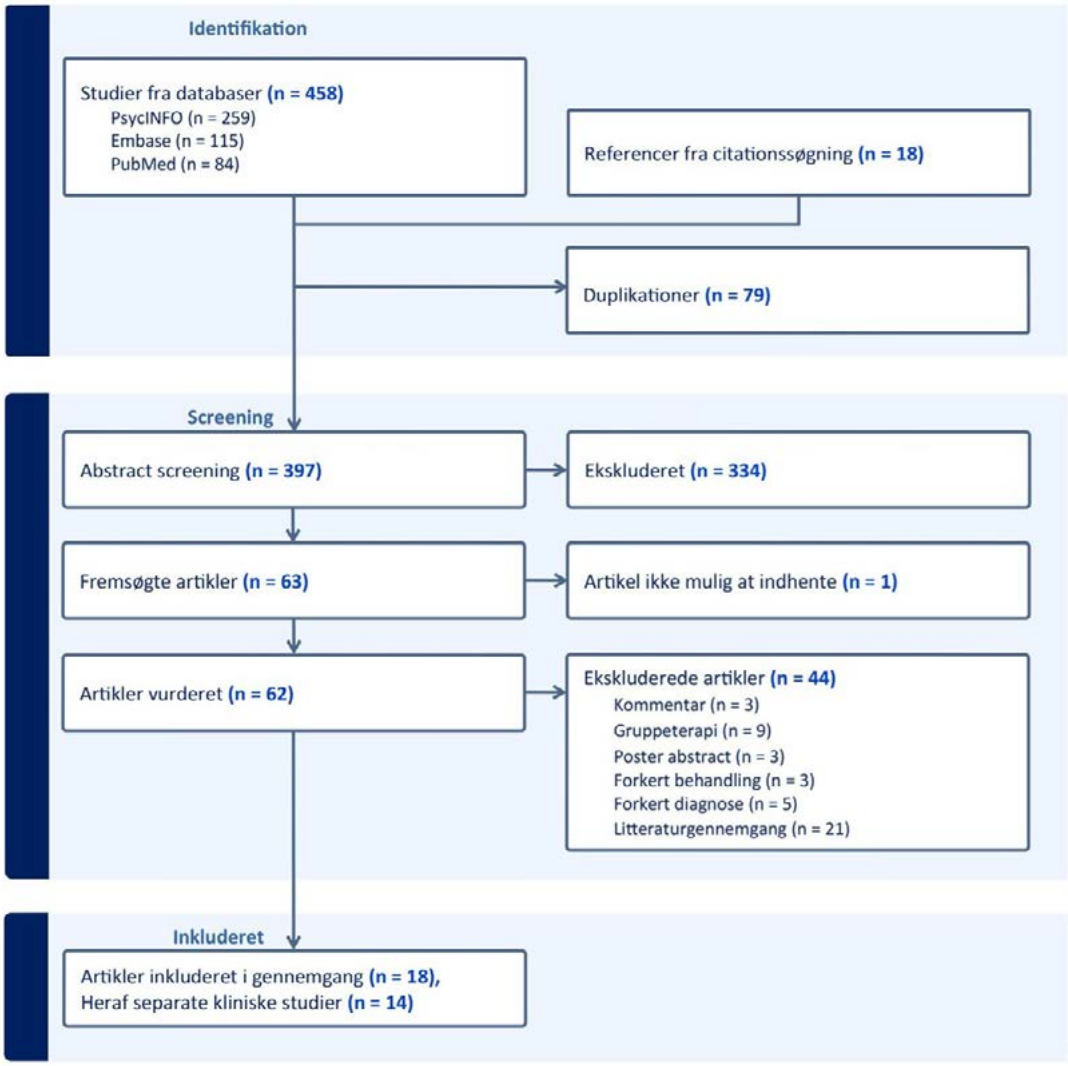
- Deltagere skulle være diagnosticeret med skizofreni og voksne (≥18 år)
- Behandling: Mindst en af behandlingsformerne i studiet skulle være individuel psykodynamisk psykoterapi. Kombinationsbehandling af individuel og gruppe blev også inkluderet. Studier fra 1970'erne blev antaget at udføre psykodynamisk psykoterapi, såfremt terapiformen ikke blev nærmere beskrevet f.eks. som psykoanalytisk. Den samme antagelse blev lavet i Malmbergs Cochrane review (2001).
- Anden behandling: Både studier med og uden anden behandling blev inkluderet, og alle alternative behandlingsformer blev godtaget.
- Resultater: Der var ikke krav til endemål. Der blev lagt vægt på rating af psykosesymptomer, socialt funktionsniveau, projektive test og længde af indlæggelse. Men hvis et studie havde andre endemål blev disse også beskrevet.
- Artiklen skulle være på engelsk eller et skandinavisk sprog.

Eksklusion:

- Hvis mere end 50% af studiepopulationen havde en anden diagnose end skizofreni.

Til vurdering af de inkluderede studier og psykoterapiens effekt vil følgende faktorer blive beskrevet i resultatafsnittet, så vidt at det blev undersøgt i studierne: terapiform (f.eks. manual); terapeuternes erfaring, træning og supervision; deltagernes demografi; diagnostisk vurdering af skizofreni; forskningsmæssig kvalitet (brug af randomisering, blindede ratere og andre vurderinger af bias).

Figur 1: Oversigt litteraturgennemgang



Figur 1 (over) viser flowchart for litteraturgennemgangen. I alt blev 18 artikler inkluderet, som beskrev 14 forskellige kliniske studier. Tabel 1 (fra side 43) viser en oversigt og i nedenstående beskrives studierne enkeltvis.

Casen fra vignetten blev informeret om formålet med en kasuistik og underskrev skriftligt samtykke.

Resultater

Weijers et al. (2020) fra Holland argumenterede i en teoretisk artikel for, at en mentaliseringsbaseret terapi (MBT), der oprindeligt blev udviklet til borderline personlighedsforstyrrelse, også er relevant i psykosebehandling. Potentielt kan MBT være med til at forbedre behandlingen af negative symptomer. Social dysfunktion, som ofte er en del af negative symptomer, kan muligvis behandles med MBT pga. dets fokus på udviklingen af socialkognitive processer. Nedsat mentaliseringsevne hæmmer patienter i at forstå og sætte ord på deres egne kropslige fornemmelser og emotionalitet samt i at forstå andres perspektiv og emotionalitet. I deres studie fra 2021 var kun få ændringer ift. den originale manual udviklet til borderline personlighedsforstyrrelse(Weijers et al., 2021). Gruppesessioner var reduceret til en time om ugen og individuel terapi var reduceret til en halv time hver anden uge. Oplæring af terapeuterne blev ikke beskrevet, og intensiv supervision blev givet uden nærmere specifikation. Terapeuterne fokuserede på at skabe en tryg alliance, havde en "not-knowing" tilgang og balancerede mellem mentaliseringsinterventioner og stressreduktion. De fire første gruppesessioner havde fokus på psykoedukation om mentalisering. Standardbehandlingen, Functional Assertive Community Treatment (FACT), blev udført af sygeplejersker, psykologer og læger fra lokalpsykiatrien. Deltagerne blev rekrutteret fra to ambulante enheder og skulle have været i behandling for psykose i mindst seks måneder og maksimalt 10 år. Patienter med intellektuel handicap, manglende hollandsk sprog eller indlæggelseskrævende misbrug blev ekskluderet. Den gennemsnitlige sygdomsperiode var fem år i begge grupper. MMPI blev brugt til at vurdere personlighedsstruktur, og størstedelen af deltagerne var borderline (63%) og en mindre andel psykotiske (10%). Det primære endemål var socialt funktionsniveau målt med Social Functioning Scale. De sekundære endemål var mentaliseringsevne målt med Thematic Apperception Test, "theory of mind" målt med Hinting Task, bedring i symptomer målt med PANNS og livskvalitet. Raterne var blindede. Ved studiestart scorede MBT-gruppen højere for angst og depression, men ellers var der ikke forskelle imellem de to grupper. I behandlingsforløbet fik syv deltagere i kontrolgruppen kognitiv adfærdsterapi mod én i MBT-gruppen. Adhærence til antipsykotisk behandling var ens i de to grupper. Efter 18 måneder var det sociale funktionsniveau forbedret i begge grupper svarende til store effektstørrelser. Ved 24-måneders opfølgning var forbedringen kun vedligeholdt i

Tabel 1: Karakteristik af de inkluderede studier

Land, studie	Studiedesign	Terapiform	n, alder, diagnose	Resultater
Holland Weijers et al., 2020	Randomiseret, kontrolleret studie	Mentaliseringsbaseret terapi (MBT), kombination af individuel og gruppe SB (Functional Assertive Community Care) 1,5-årig behandling	n = 84 Alder (MBT/SB): 31,2/31,9 år (SD: 7,8/9,4) DSM-IV-TR: Skizofreni: 64 %; psykose UNS: 15 %; skizoaffektiv psykose: 13 %	Social Funtioning Scale Effektstørrelser (η^2_p): 18 måneder: MBT: 0,34; SB: 0,15 (begge var signikante) 24 måneder: MBT: 0,34; SB: 0,05 (kun MBT var signifikant)
Danmark Rosenbaum et al. 2012 Harder et al. 2014	Delvis randomiseret, multi-center studie	Støttende psykodynamisk psykoterapi (SPP) SB 2-årig behandling	n = 269 Alder (SPP/SB): 24,6/23,2 år ICD-10: Skizofreni: 67 %; forbigående psykose: 12 %; skizotypi: 10 %	Global Assessment of Functioning Symptomskala (fra 0 til 2 år): SPP: 33,2-50,1; SB 33,6-43,5 (SPP steg signifikant mere end SB) Funktionsskala (fra 0 til 2 år): SPP: 34,9-49,9; SB 39,2-44,7 (SPP steg signifikant mere end SB)
Danmark Øhlenschlæger et al. 2007 Nordentoft et al. 2010	Randomiseret, kontrolleret studie	Hospitalsbaseret rehabilitering (HBR) inkl. psykodynamisk psykoterapi Integreret OPUS behandling SB Varierende behandlingslængde	n = 94 Alder: 24 år (SD: 4,5) ICD-10: Skizofreni: 71 %; skizotypi 16 %	Scale for Assessment of Positive Symptoms (fra 0 til 1 år): HBR 3,58-1,72; OPUS 3,4-0,96; SB: 2,35-1,61 (HBR og OPUS var signifikant)
Norge Hauff et al. 2002	Naturalistisk kohortestudie	Intensiv psykodynamisk psykoterapi under indlæggelse SB under indlæggelse	n = 103 (25 i aktivgruppen) Alder: ikke angivet Skizofreni vurderet med DSM-III-R	Health-Sickness Rating Scale (fra 0 til 7 år) Aktivgruppe: 20,5 (SD: 3,3) – 34,6 (SD: 21,3); SB: 19,6 (SD: 5,6) – 32,5 (SD: 10,6) (ikke signifikant forskel mellem aktivgruppe og SB)
Sverige, Norge, Danmark og Finland Alanen et al. 1994	Naturalistisk, multi-center kohortestudie	Psykodynamisk psykoterapi Familieterapi Varierende behandlingslængde	n = 57 Alder: 18-44 år Skizofreni vurderet med DSM-III	Psykosesymptom skala (0-4): Signifikant bedring efter 5 år på tværs af landene fra 1,0 til 2,5
Sverige Cullberg, 1991	Retrospektivt case-kontrol studie	Psykodynamisk psykoterapi Varierende behandlingslængde	n = 18 (8 i remission) Alder: ikke angivet Skizofreni vurderet med DSM-III-R	Et år efter sygdomsdebut var intensiv stemmehøring og visuelle hallucinationer kun til stede i kontrolgruppen
Norge Varvin, 1991	Naturalistisk kohortestudie	Psykodynamisk psykoterapi, miljøterapi og familieterapi Varierende behandlingslængde	n = 27 Alder: 27 år Skizofreni vurderet med DSM-III og ICD-8	Health Sickness Rating Scale Ved indlæggelse: 25 (SD: 6,2) Ved opfølgning: 36,7 (SD: 22,7)

Finland Alanen et al. 1985	Naturalistisk kohortestudie	Psykodynamisk psykoterapi med ego-støttende funktion Familieterapi Miljøterapi (deltagerne kunne indgå i flere terapiformer) Varierende behandlingslængde	n = 100 Alder: ikke angivet DSM-III (delvis): Skizofreni: 56 %; skizofreniform psykose 10 %; skizoaffektive 14 %; borderline psykose 20 %	Ikke beskrevet rating af psykose Efter 5 års behandling blev psykoterapi ikke fundet en signifikant faktor i bedringen af psykotiske symptomer
Sverige Sjöström, 1985	Naturalistisk kohortestudie	Psykodynamisk psykoterapi SB Varierende behandlingslængde	n = 24 Alder: 18-33 år DSM-III: Skizofreni: 75 %; skizofreniform psykose 25 %	Total Outcome score var signifikant bedre for PP sammenlignet SB
USA Gunderson et al. 1984 Stanton et al. 1984	Randomiseret, kontrolleret studie	Ekspressiv, indsigtsorienteret psykoterapiforløb (EIO) Kontrol: Realitets-adapterende og støttende psykoterapi 2-årig behandling	n = 164 Alder: 18-35 år Skizofreni vurderet med Psychiatric Status Schedule og WHOs Discriminating Criteria for Schizophrenia:	Psychiatric Status Schedule, Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale, Menninger Health-Sickness Rating Scale Få signifikante forskelle mellem EIO og kontrol, som forsvandt ved justering for type 1-fejl
USA Carpenter et al. 1977	Naturalistisk kohortestudie med kontrolgruppe	Psykoanalytisk-orienteret psykoterapi og gruppeterapi uden AP Kontrol: SB Varierende behandlingslængde	n = 122 Alder (PP/SB): 23,7/28,9 år Skizofreni og skizoaffektive vurderet med DSM-II	Gennemsnitlig rating indenfor forskellige mål ved afslutning: PP: 12,7 SB: 11,1 (forskellen var signifikant)
USA May, Tuma and Dixon, 1976 May, Tuma, Yale et al. 1976	Randomiseret, kontrolleret studie	Psykodynamisk psykoterapi (PP) Antipsykotisk medicin (AP) Kombination af AP og PP Elektrokonvulsiv terapi (ECT) SB (miljøterapi) Maksimalt 12 måneders behandling	n = 228 Alder ikke angivet Ingen diagnostiske kriterier. Skizofreni uden tidligere behandling	Udskrivelse efter succesfuld behandling PP: 65 % AP: 96 % AP+PP: 95 % ECT: 79 % SB: 58 %
USA Karon et al. 1972	Randomiseret, kontrolleret studie	Psykoanalytisk terapi Ego-analytisk terapi og AP SB inkl. AP 20 måneders behandling	n = 36 Alder ikke angivet Skizofreni vurderet uden diagnostiske kriterier	Sammenlagt havde begge terapigrupper færre indlæggelses dage sammenlignet med SB hhv. 72 vs. 146 dage
USA O'Brien et al. 1972	Randomiseret, kontrolleret studie	Individuel terapi Gruppeterapi Varierende behandlingslængde	n = 100 Alder ikke angivet Skizofreni vurderet uden diagnostiske kriterier	49% af gruppedeltagerne blev afsluttet færdigbehandlet mod 26% af deltagerne i individuel terapi

SB: standardbehandling

MBT-gruppen. Deltagere med kortere sygdomsforløb (<5 år) havde bedre effekt sammenlignet med længere, kroniske behandlingsforløb. Personlighedsstruktur havde ikke indflydelse på behandlingseffekten. Af de sekundære endemål klarede MBT-gruppen sig bedre ift. sygdomsindsigt, theory of mind og forståelse af social kausalitet ved 24-måneders opfølgning. Der var ikke signifikante forskelle i de andre parametre, bl.a. positive og negative symptomer.

I Danmark udførte Rosenbaum et al. (2012) et studie med psykodynamisk psykoterapi som behandling af første episode psykoselidelser. Manualen for støttende psykodynamisk terapi (SPP) fokuserede primært på tre områder: 1) forståelse, tolerance og bearbejdelse af følelser, 2) vanskeligheder relateret til oplevelse af selvagens, et sammenhængende selv og livshistorie, 3) danne og opretholde relationer. Studiets svagheder var bl.a., at erfaring blandt terapeuterne var varierende og adhærence til manualen blev ikke evalueret. Flertallet af terapeuterne havde 1-4 års erfaring med psykodynamisk psykoterapi. Terapeuterne blev undervist i manualen inden studiestart og fik løbende supervision. Deltagere blev rekrutteret fra psykiatriske sengeafsnit og ambulante enheder fra 14 psykiatriske afdelinger fra hele landet. I årene 1997-1999 blev 72 deltagere randomiseret til manualiseret SPP (43) eller standardbehandling (29). 121 deltog fra centre som kun udførte standardbehandling, og 76 deltog fra centre, som kun udførte manualiseret SPP. Der var en overvægt af mænd (n = 181). Median for sygdomsdebut var 20 år. Hovedparten af deltagerne havde været indlagt det seneste år (79%). Af sociale faktorer rapporterede 48% at de boede alene, 70% at de ingen uddannelse havde, 26% at de ikke havde nogen venner, og 22% at de ikke havde arbejdet i det seneste år. Ved start var medianerne for Global Assessement of Functioning (GAF) hhv. 31 for GAF symptomskala og 35 for GAF funktionsskala, uden der var forskel mellem SPP- og kontrolgruppen. Derudover blev der også lavet vurdering med Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS). Ved studiestart var medianerne for hhv. positive og negative symptomer 18 og 21, og der var ikke forskel mellem grupperne. Interview blev udført af trænede ratere, som ikke var en del af behandling. Raterne var ublindede, dvs. de havde kendskab til om deltageren modtog SPP eller standardbehandling. Reliabiliteten var god for PANSS (pos.: 0,70; neg.: 0,74), god for GAF funktionsskala (0,74) og acceptabel for GAF symptomskala (0,56). Ved 2 års opfølgning blev der indhentet data fra 83% af deltagerne i SPP-gruppen og 75% i kontrolgruppen. Der blev ikke fundet signifikante forskelle i baseline data for GAF og PANNS. Dette på trods af, at for deltagere, som ikke blev fulgt op, havde kontrolgruppen signifikant højere score for PANNS positive symptomer

ved inklusion sammenlignet med SPP gruppen. Resultaterne for SPP-gruppen viste signifikante fund inden for både GAF og PANNS svarende til stærke effektstørrelser for begge GAF skalaer og positive symptomer i PANSS, hvorimod negative symptomer blev fundet med en moderat effektstørrelse. I SPP-gruppen faldt scoren for de positive symptomer i PANNS fra 18,6 til 9,9 mod 18,3 til 12,1 i kontrolgruppen. Denne forskel var dog ikke signifikant (p = 0,067) De negative symptomer faldt i samme grad i de to grupper fra ca. 20 til 16.

Ved fem års opfølgning, dvs. tre år efter interventionen sluttede, blev 55% af deltagerne testet (Harder et al., 2014). Resultaterne viste, at forskellene mellem de to grupper ikke længere var signifikante hverken for GAF symptom- og funktionsskala eller PANSS positive symptomer. Der var heller ikke en forskel mellem de to grupper i antallet af indlæggelsesdage fra år tre til fem.

Et andet dansk studie af Øhlenschlæger et al. (2007), som var en del af OPUS valideringen, undersøgte tre former for behandling af første episode psykoselidelser. Baseret på klinisk erfaring uden objektive kriterier blev deltagerne vurderet til at ville have gavn af en langvarig indlæggelse (>3 måneder). Dernæst blev deltagerne randomiseret til en af de tre behandlinger. Hospitalsbaseret rehabilitering (HBR) indebar minimum tre måneders indlæggelse, psykoedukativ familiebehandling (op til 15 sessioner), social rehabilitering (ADL træning, vurdering af arbejdsevne), miljøterapi på sengeafsnittet og individuel psykodynamisk psykoterapi. Psykoterapi blev udført af en senior psykiater eller psykolog, og der var supervision i en ekstern peer gruppe. Psykoterapien blev ikke nærmere beskrevet. OPUS var integreret ambulant behandling i små teams med lav caseload (≤10 per behandler), psykoedukativ familiebehandling, modulbaseret social færdighedstræning og støttende eller kognitiv psykoterapi. Standardbehandlingen foregik i lokalpsykiatrien med en større caseload (20-30 patienter per behandler). Rekrutteringen foregik både ambulant og på sengeafsnit i to regionale centre (København og Århus). Deltagerne blev diagnosticeret ud fra ICD-10 kriterier. Raterne var ublindede men var ikke involveret i behandlingen. Det primære endemål, Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS), er beskrevet i tabel 1. De sekundære endemål inkluderede rating af negative symptomer, boligforhold, og indlæggelsesdage samt selvrapportering af livskvalitet. Af de inkluderede var størstedelen var mænd (66%). I alt 74 deltog i et-års opfølgningen, og de, der droppede ud, afveg ikke signifikant fra de tilbageværende deltagere. Både OPUS og HBR-behandling førte til signifikante fald i psykosesymptomer modsat standardbehandling. OPUS og HBR førte også til færre negative symptomer

modsat standardbehandling. Bedring i livskvalitet var signifikant øget i OPUS sammenlignet med HBR og standardbehandling. OPUS-deltagere havde også signifikant færre indlæggelsesdage efter et år (102 vs. 241 dage i HBR). Nordentoft et al. (2010) beskrev resultaterne for fem-års opfølgning af studiet, hvoraf interventionen varede to af årene. Der var et betydeligt frafald efter fem år, hvor 59% fra OPUS, 40% fra HBR og 73% fra standardbehandlingen deltog. Der blev ikke fundet signifikante forskelle i hverken positive eller negative symptomer for de tre grupper. Generelt var HBR-deltagerne signifikant mere indlagte i de fem år. OPUS-deltagerne havde generelt færre indlæggelsesdage og dage på bosted ift. HBR og standardbehandling. HBR-deltagerne havde i alle år flest dage på bosted.

Hauff et al. (2002) beskriver et psykoterapeutisk sengeafsnit for yngre patienter med skizofreni. Behandlingen bestod af superviseret men ikke standardiseret individuel psykoterapi med en til tre ugentlige sessioner. Miljøterapien var baseret på psykodynamisk teori og fokuserede på relationer og integration af familie. I alt blev 27 deltagere behandlet på sengeafsnittet. To deltagere blev ekskluderet pga. hhv. skift i diagnose til skizoaffektiv psykose og selvmord. En kontrolgruppe blev inkluderet fra et andet universitetshospital. Efter syv år efter udskrivelse var fem deltagere afgået ved døden og to ønskede ikke at deltage, dvs. 71 af dem blev undersøgt igen. Alle deltagere blev både ved start af indlæggelsen og ved syv års opfølgning undersøgt af erfarne psykiatere. Sværhedsgrad blev vurderet med the Health-Sickness Rating Scale (HSRS), hvor høj score indikerer bedre tilstand (se tabel 1). For psykoterapigruppen var der sammenhæng mellem baseline HSRS og syv års opfølgning svarende til, at en subgruppe, som scorede 10 point højere end gennemsnittet ved baseline forbedrede sig med yderligere 20 point ved syv års opfølgning. Denne sammenhæng blev ikke fundet i kontrolgruppen.

The Nordic investigation of psychotherapeutically oriented treatment programmes for new schizophrenic patients, forkortet NIPS-projektet, inkluderede patienter fra de fire nordiske lande (Alanen et al. 1994). Behandlingerne mellem landene varierede. I Danmark var behandlingen primært individuel psykodynamisk psykoterapi. I Finland var der fokus på en helhedsorienteret behandling inklusiv bl.a. individuel psykoterapi og familieterapi. Mens Norge fokuserede på en psykosocial indsats (inkl. psykoterapi) mod yngre, indlagte patienter, og Sverige arbejdede efter Sandin-modellen. I både Sverige og Danmark deltog størstedelen af patienterne i psykoterapi på ugentlig basis. Foruden resultaterne beskrevet i tabel 1, blev indsigt på en skala fra 0 til 4 bedret i løbet af perioden fra ca. 2 til 3. Forandringen var signifikant.

Cullberg (1991) sammenlignede journalmateriale frapatienter med skizofreni, som var i fuld remission efter et forløb med psykodynamisk terapi, med en kontrolgruppe, som også havde været i psykodynamisk terapi, men fortsat havde symptomer. Studiets dataindsamling fra journalmateriale blev vurderet af en uafhængig og blindet rater. 14 af de 18 inkluderede patienter indlagt i mere end et år af observationsperioden. I gennemsnit varede psykoterapiforløbene hhv. 6,5 år for remissionsgruppen og 8,6 år for kontrolgruppen. Der var en øget forekomst af relationer med psykoselidelser i remissionsgruppen (5/8 vs. 2/10). Modsat fremkom remissionsgruppen med flere symptomer på at være forvirrede (5/8 vs. 1/10) og havde flere alvorlige episoder af selvdestruktiv adfærd (4/8 vs. 0/10). Alle i remissionsgruppen blev fundet uden psykotisk adfærd og havde opnået integration af deres psykotiske oplevelse. Ingen af dem fik efter deres afslutning medicinsk behandling og var enten i arbejde eller i gang med uddannelse. I kontrolgruppen var syv af patienterne ved den afsluttende vurdering i en rimelig stabil tilstand, og tre patienterne var kronisk psykotiske med flere tilbagefald. Alle i kontrolgruppen havde i det seneste år modtaget medicinsk behandling og fem boede på en institution. Ni af deltagerne blev behandlet af den samme terapeut, hvoraf fire endte i remission.

Et andet mindre studie af Varvin (1991) fulgte op på patienter, som havde været indlagt på sengeafsnittet "Kastanjebakken" ved Gaustad Hospital i Norge. Afsnittet blev grundlagt i 1977 og opfølgningen fandt sted i 1987. I den periode havde i alt 27 patienter været indlagt på afsnittet og ca. halvdelen i længere end to år. Psykoterapeutisk behandling var adopteret Melanie Kleins tilgang. Cirka en tredjedel af patienterne deltog også i psykodynamisk familieintervention. Foruden resultaterne i tabel 1 var bedring i forløbene signifikant korreleret med tidligere beskæftigelse og støtte fra venner, mens misbrug var associeret med manglende bedring.

I Finland udførte Alanen et al. (1985) et studie med fem års opfølgning af førstegangs indlagte patienter med skizofreni. For at blive inkluderet skulle deltagerne have psykotiske symptomer af skizofren karakter som indikation for en disintegration af personligheden i overensstemmelse med Bleulers forståelse af skizofreni. Hospitalet udførte flere former for psykoterapi. I alt 57 af deltagerne gik i individuel terapi, hvoraf 26 fik intensiv terapi med 1-3 ugentlige sessioner. 25 deltagere deltog i familieterapi og 56 deltog i miljøterapi. 20 deltagere fik ingen form for psykoterapeutisk behandling. Det var muligt for den enkelte at deltage i flere typer behandling. Terapeuterne var både psykiatere, læger under videreud-

dannelse og sygeplejersker med specialisering inden for psykiatri, hvoraf kun få af dem havde en psykoterapeutisk uddannelse.

Ved 5-års follow-up havde 28 deltagere fortsat psykotiske symptomer, dog blev 19 af dem vurderet til at være af lettere grad. Ved analyse af samlet score for positive og negative symptomer var intensiv, individuel psykoterapi en signifikant faktor for bedring ved alle patienterne, og psykoterapi uanset form var en signifikant faktor for gruppen med typisk skizofreni. Psykoterapi var også en signifikant faktor i bedring af sygdomsindsigt.

Et mindre svensk studie sammenlignede psykoterapeutiske forløb ved den samme terapeut med standardbehandling (Sjöström, 1985). Terapien var flerårig (op til 8 år) og baseret på objektrelations teori. Patienterne var indlagt på samme afsnit, og kontrolgruppen blev matchet med terapi-deltagerne og fundet på andre afsnit. Fire år efter endt behandling blev Total Outcome score vurderet ud fra indlæggelsesdage, arbejdsfunktion, sociale kontakter og psykiske symptomer (se tabel 1). Rating blev blindet og foretaget af uafhængige psykiatere og psykologer. Der var ingen korrelation mellem Total Outcome score og antal terapisessioner.

I studiet af Gunderson et al. blev deltagerne rekrutteret og inkluderet under indlæggelse og fortsatte i den randomiserede behandling efter udskrivelse (Gunderson et al., 1984; Stanton et al., 1984). Ekspressiv, indsigtsorienteret psykoterapi (EIO) blev beskrevet som en form for analytisk psykoterapi, men ikke direkte psykoanalyse, inspireret af Fromm-Reichmann (1950) og på den tids østamerikanske praksis med fokus på eksploratorisk terapi. EIO adskilte sig fra psykoanalyse ved ikke eksplicit at gøre brug af fri association, og terapeuten var aktiv i valg af samtaleemner. Terapiformen gjorde brug af deltagerens tilgængelige egofunktion. Ligesom kontrolterapien var der et støttende element samt fokus på at lave en detaljeret undersøgelse af deltagernes indre oplevelser og relationer til andre med det formål at øge indsigt og selvforståelse. Fokus var også på at deltageren selv skulle spille en aktiv rolle i processen. EIO terapisamtaler blev afholdt tre eller flere gange om ugen, og terapeutens tid og tilgængelighed var vigtig for at få dannet en tæt relation til deltageren, som grundlag for at kunne undersøge førnævnte aspekter. Kontrolterapien blev sammenlignet med psykoterapeutisk management (May, 1968) og bestod af terapisamtaler højest en gang om ugen. Fokus var på aktuelle problemer i deltagernes liv og copingstrategier. Terapeuterne var direktive og gav psykoedukation. De var aktive både ift. valg af samtaleemne og med at give konkrete råd til deltagerne.

Et væsentligt inklusionskriterium var, at deltagerne skulle have været udskrevet og haft et vis funktionsniveau uden medicinsk behandling i minimum fire måneder ud af de seneste to år. Grunden til dette var, at den terapeutiske effekt skulle skelnes fra spontan bedring af en akut psykose, og omvendt skulle deltagere ikke have en svær kronisk tilstand, hvor bedring ikke forventes. Inklusion af deltagere blev overordnet baseret på, at de hverken skulle være i en akut psykotisk tilstand eller en langvarig kronisk psykotisk tilstand. I alt blev ca. 2000 patienter med forløb hos de deltagende hospitaler gennemgået, og 186 blev vurderet til inklusion, hvoraf 164 samtykkede til deltagelse. Hovedsageligt blev patienter ekskluderet pga. diagnostisk uklarhed, alder, kroniske tilstande og aktuelle terapiforløb samt stof- og alkoholmisbrug. Halvdelen af deltagerne havde aldrig været indlagt og to tredjedele havde aldrig fået individuel psykoterapi. De var i alderen 18-35 år, som var et inklusionskriterium. Af deltagerne stoppede 69 inden de havde gennemført seks måneders terapi, der var sat som minimum for at have gennemført studiet. I baseline data blev der ud over et mål for motivation ikke fundet systematiske forskelle mellem deltagere som droppede ud eller gennemførte studiet.

I gennemsnit havde terapeuterne 10 års erfaring. Der var en betydelig forskel blandt terapeuterne for hhv. EIO og kontrol ift. psykoanalytisk erfaring. 79% af EIO terapeuterne havde gået i personlig analyse mod 28% af terapeuterne for kontrolgruppen. Yderligere havde 39% af EIO terapeuterne gennemført en analytisk uddannelse mod 12% af terapeuterne for kontrolgruppen. Andelen af terapeuter, som foretrak at behandle patienter med psykose, var højere for kontrolterapeuterne (37% vs. 22%). Desuden havde kontroltereapeuterne i højere grad den overbevisning, at skizofreni var genetisk og symptomerne irreversible. Terapisessioner blev evalueret med båndoptagelse samt rapport fra terapeuterne (Stone scales) og deltagere (Barrett-Lennard items). Resultaterne bekræftede, at EIO og kontrolterapien i praksis var forskellige former for terapi. EIO fokuserede i højere grad på konflikter, ubevidste processer og minder. Mens kontrolterapien i højere grad havde en støttende funktion og fokuserede på den medicinske behandling. Dog havde EIO i praksis en mere støttende funktion end forventet.

I alt gennemførte 95 deltagere mindst 6 måneders behandling (EIO: 43; kontrol: 52). Dog var der ved 2-års opfølgningen en væsentlig dropout på ca. halvdelen af deltagerne (EIO: 22; kontrol: 25). Der blev ikke fundet bias i baseline data blandt deltagere, der ikke blev fulgt op sammenlignet med de resterende deltagere. Antal sessioner var som ventet højest for EIO (2 vs. 0,5 ugentlige sessioner i gennemsnit). Behandlingseffekten blev både vurderet ud fra kliniske mål og psykometriske test

udført af blindede ratere (Psychiatric Status Schedule, Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale, Menninger Health-Sickness Rating Scale mv.). Kontrolgruppen scorede signifikant bedre for paranoide tanker og primær procestænkning samt antal indlæggelsesdage. EIO-gruppen scorede bedre for optimistisk/integreret attitude til sygdom og retardering/apati. Justeret for type 1-fejl med Bonferroni-metoden var resultaterne ikke længere statistisk signifikante. Korrelationsanalyser viste, at terapiforløbenes længde var associeret med færre paranoide tanker for EIO-gruppen. For kontrolgruppen var forløbenes længde associeret med færre indlæggelsesdage og mere fuldtidsarbejde. Omvendt var forløbenes længde negativt associeret med fuldtidsarbejde for EIO-gruppen.

Carpenter et al. (1970) sammenlignede to kohorte fra hhv. et sengeafsnit ved National Institute of Health og et alment sengeafsnit på en psykiatrisk afdeling i samme område. På det NIH afsnittet blev patienterne over en tre-ugers periode trappet helt ud af medicin. Cirka halvdelen af patienterne fik genoptaget den medicinske behandling, som led i et andet studie. Den non-farmakologiske behandling var psykoanalytisk-orienteret psykoterapi (2-3 gange om ugen) og gruppeterapi (en gang om ugen). Selvforståelse og social adaption blev anset som grundlæggende i bedringsprocessen efter en psykotisk episode. Resultaterne blev baseret på en samlet score for arbejdsfunktion, social funktion, indlæggelsesdage og psykiske symptomer (se tabel 1). Vurderingen blev ikke beskrevet nærmere.

I studiet af May et al. blev potentielle deltagere ekskluderet, hvis det blev vurderet, at indlæggelsestiden ville forventes at være længere end to år, eller der opstod en forværring af den psykotiske tilstand i løbet af den indledende vurdering (May, Tuma, & Dixon, 1976; May, Tuma, Yale, et al., 1976). Terapeuterne var læger med højest seks års erfaring og var enten i gang med speciallægeuddannelsen eller nyuddannede psykiatere. De blev superviseret af en erfaren speciallæge. Terapimetoden blev ikke beskrevet. Behandlingen varede indtil deltageren var færdigbehandlet og blev udskrevet eller højest i seks til tolv måneder, hvor terapeut og supervisor skulle være enige om, at behandlingen ikke havde effekt. Endemålet var udskrivelse efter succesfuld behandling, hvilket ikke blev nærmere defineret (se tabel 1). 48 deltagere havde ikke effekt af den randomiserede behandling, og de blev i stedet behandlet med en kombination af gruppeterapi og antipsykotisk medicin. Den form for behandling førte til udskrivelse for 46 og af 48 deltagere.

I et mindre amerikansk studie af Karon et al. (1972) blev 36 indlagte deltagere med skizofreni randomiseret i tre grupper. Den første gruppe fik psykoanalytisk

psykoterapi med fem ugentlige sessioner i 2-8 uger indtil de blev udskrevet og derefter en ugentlig session. Terapien havde fokus på orale dynamikker og direkte fortolkninger. Den anden gruppe fik en kombination af antipsykotisk medicin og ego-analytisk psykoterapi med tre ugentlige sessioner, og efter de havde fået mindst 20 sessioner, blev det sat ned til en ugentlig session. Deltagere blev rekrutteret på sengeafsnit med fokus på skizofreni og eksklusion af organisk årsag til psykose. Populationen blev betegnet som primært sorte amerikanere fra indre by med lav indkomst. En tredjedel af deltagerne havde tidligere været indlagt. Deltagerne blev vurderet af uafhængigt personale, som var blindet for behandlingsform. Grundet studiets størrelse blev resultaterne efter endt behandling lagt sammen for de to terapigrupper og sammenlignet med kontrolgruppen (se tabel 1). Klinisk vurdering med CSI (Clinical Status Interview) viste, at terapigrupperne scorede signifikant bedre. Den terapigrupperne scorede også bedre på mål for formelle tankeforstyrrelser (Feldman-Drasgow Visual-Verbal Test) og kognitive mål (WAIS og Porteus Mazes). Der blev ikke fundet signifikante resultater for projektive test (Rorschach og Thematic Apperception Test).

O'Brien et al. (1972) beskrev ikke terapimetoderne nærmere beskrevet. Terapeuterne var psykiatere, socialrådgivere og medicinstuderende (superviseret). Studiet foregik ambulant, og deltagerne blev rekrutteret efter endt indlæggelse. Inklusionskriterierne var skizofreni, og at der i journalmaterialet fra indlæggelsen skulle være beskrevet en psykotisk episode. 13 deltagere blev ekskluderet, fordi de kun deltog i to eller færre terapisessioner. Efter et år var der en overvægt af deltagere, som fortsat var i gruppeterapi sammenlignet med individuel terapi (76% vs. 46%). Og resultaterne efter to år var kun 22% og 10% fortsat i terapi i hhv. gruppe og individuel.. I højere grad blev deltagere i individuel terapi genindlagt (40% vs. 24%). Derudover blev deltagerne vurderet med Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) og Social Effectiveness (SE), hvor der blev fundet signifikante bedring i begge parametre for gruppedeltagerne. Den individuelle behandling viste kun bedring for SE, men bedringen var signifikant lavere end for gruppedeltagerne.

Diskussion

Litteraturgennemgangen fandt yderligere 10 kliniske studier end de fire studier, som var en del af det tidligere Cochrane review (Malmberg et al. 2001). 7 af de 14 inkluderede studier var randomiserede eller delvist randomiserede, som sammenlignede behandling med psykodynamisk psykoterapi med en eller flere andre behandlingsformer. Et stort dansk studie med støttende psykodynamisk

psykoterapi viste en signifikant behandlingseffekt på psykotiske symptomer og funktionsniveau sammenlignet med standardbehandling (Rosenbaum et al. 2012). Ligeledes viste det nyeste af studierne, at MBT forbedrede det sociale funktionsniveau sammenlignet med FACT-behandling (Weijers et al. 2021). Derimod viste resultaterne fra de andre studier ikke entydigt, at individuel psykodynamisk psykoterapi havde bedre effekt end anden behandling.

Sammenligning af resultaterne udfordres på flere områder. Den psykodynamiske behandling blev kun nærmere beskrevet af Weijers (2021), Rosenbaum (2012), Alanen (1994), Gunderson (1984) og Karon (1972). Der var kun få ændringer ift. standard MBT-behandling, bl.a. var længden af sessionerne reduceret, formentlig for at undgå at overbelaste deltagerne, men det blev ikke begrundet af forfatterne (Weijers et al. 2021). SPP blev beskrevet til at arbejde med deltagernes følelsesliv, livshistorie og relationer (Rosenbaum et al. 2012), mens EIO blev beskrevet tættere relateret til psykoanalyse med et eksploratorisk fokus (Gunderson et al. 1984). Alle terapiformer havde også et støttende element. I Karons (1972) studie blev der både brugt psykoanalytisk psykoterapi og ego-analytisk terapi, men resultaterne blev lagt sammen for at kunne opnå statistisk signifikans. Mens Alanen (1994) beskrev de forskellige terapiformer på tværs af de nordiske lande. De andre studier beskrev ikke behandlingerne nærmere, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne. Hauff (2002) beskrev konkret, at behandlingen i deres studie ikke var standardiseret psykoterapi. Ingen af studierne lavede blinding af deres terapeuter ift. hvilken gren af behandlingen, som de var en del af. Det giver risiko for såkaldt performance bias. Juul et al. (2021) påpeger, at blinding i test af psykoterapeutiske behandlinger er muligt. Træning og supervision i terapiformen kan udføres, så terapeuten ikke har kendskab til den præcise type af terapi. Det vil kræve, at terapeuten har begrænset erfaring og viden, før de bliver en del af studiet, og det vil afskære erfarne terapeuter fra at blive en del af studiet. Generelt benyttede de aktuelle studier erfarne terapeuter, da skizofreni er en svær psykisk sygdom, hvor det er en fordel af have klinisk erfaring.

En anden faktor, som vanskeliggør sammenligning, er, at alle studierne brugte forskellige behandlinger af kontrolgrupperne. Mays (1976) studie var det mest omfangsrige og sammenlignede i alt fem behandlinger inkl. kombinationen antipsykotika og psykoterapi. Weijers (2021) holdt MBT op mod FACT samt ca. en femtedel af kontrolgruppen fik KAT-forløb. Det store danske studie sammenlignede SPP med standardbehandling (Rosenbaum et al. 2012). Gunderson (1984) sammenlignede EIO med intensiv standardbehandling, som inkluderede

et realitets-adapterende og støttende psykoterapiforløb. Yderligere må det formodes, at der var en stor variation i standardbehandling, dels fordi studierne blev udført i forskellige lande, og dels fordi studierne blev gennemført i fire forskellige årtier, hvor der skete en stor udvikling i den psykiatriske behandling fra lange indlæggelse mod intensive ambulante forløb (Starzer et al., 2024).

En tredje væsentlig faktor er studiernes deltagerpopulation. De mest brugte var ICD-10 og DSM-III-R. De ældste studier brugte ikke diagnostiske kriterier, hvilke stemmer overens med, at DSM-III-R først blev udgivet i 1987 og signalerede en overgang til ren deskriptiv diagnostik (American Psychiatric Association, 1987). Begge danske studier havde diagnostisk et bredt inklusionskriterium og inkluderede deltagere med alle F2-diagnoser, dermed også skizotypi (Rosenbaum et al. 2012; Øhlenschlæger et al. 2007). Skizotypi var ikke en del af de andre studier, fordi diagnosen i DSM-III-R ikke hørte til det skizofreniforme spektrum. Denne ulighed med de andre studier, kan anses som værende af mindre betydning, fordi kun en mindre andel af deltagere havde skizotypi. De danske og hollandske studier adskiller sig også ved både at rekruttere fra sengeafsnit og ambulatorier (Rosenbaum et al. 2012; Weijers et al. 2021). Hvorimod Gunderson (1984) og Karon (1972) rekrutterede og opstartede behandling på sengeafsnit. Den umiddelbare konklusion vil være, at de danske og hollandske studier derfor havde deltagere med lettere grad af sygdom. Men da studierne spænder over en lang tidsperiode med forskellig tilgang til indlæggelse af psykiatriske patienter, kan det ikke vurderes i hvor høj grad studiepopulationerne afveg fra hinanden (McBain et al., 2022). Flere af studierne havde også eksklusionskriterier med uklar og vag definition. F.eks. ekskluderede Gunderson (1984) både deltagere i en akut psykotisk tilstand og en langvarig kronisk psykotisk tilstand. Desuden er det væsentligt her at bemærke, at der var en betydelig afvigelse mellem de tre store randomiserede studier af Weijers (2021), Gunderson (1984) og Rosenbaum (2012), idet sidstnævnte kun inkluderede førsteepisode psykoselidelser.

Resultaterne af studierne er også svære at sammenligne, fordi der blev brugt forskellige psykometriske redskaber og kliniske vurderinger som endemål. Overordnet kan de inddeles i fire grupper: positive og negative symptomer, funktionsniveau samt kliniske mål (f.eks udskrivelse). Kun få redskaber blev brugt i flere studier. Kun Weijers (2021) og Gunderson (1984) brugte blindede ratere, men rapporterede ikke test af, om blinding virkede. I kliniske studier er det et problem, at blinding ofte ikke virker, fordi raterne i løbet af samtalen med en deltager får kendskab til deres behandling (Juul et al., 2021). Manglende evalue-

ring af blinding er et generelt problem. Kun få procent af kliniske studier med deltagere med skizofreni rapporterede, om blinding var succesfuldt, og det giver et bias mod den testede behandling ift. placebo/standardbehandling (Baethge et al., 2013). Såkaldt detection bias kan relativt nemt undgås ved at bede deltagere om ikke at afsløre deres behandling til ratere og holde ratere og behandlere fysisk adskilt, så de ikke påvirke hinanden (Juul et al., 2021). På trods af det er manglende blinding et generelt problem i psykoterapeutiske studier (Juul et al., 2021). Øhlenschlæger (2007) begrundede manglende blinding med få ressourcer og nødvendigheden af at få en god alliance med deltagerne for at sikre, at alle instrumenter blev gennemført. Desuden var raterne uafhængige og ikke en del af behandlingen, hvilket de argumenterede for nedsatte risikoen for bias. En andet metodisk svaghed ved studierne var, at de generelt ikke angav styrkeberegning på deres effektmål, som i dag er standardiseret i protokoller til kliniske studier.

Ud fra ovenstående vurderes de inkluderede studier til at have en høj grad af heterogenitet, som vanskeliggør sammenligning, og på den baggrund vurderes det ikke muligt at lave en meta-analyse af studiernes resultater. Men det er stadig relevant at opsummere og lave en vurdering af resultaterne. Det store danske studie af Rosenbaum (2012) fandt efter to års behandling af debuterende psykoser moderate til stærke effektstørrelser for bedring af funktionsniveau og symptomlindring. Holdt op imod studiets svagheder (bl.a. manglende blinding af ratere, delvis randomisering) kan det forventes, at effektstørrelserne vil mindskes i klinisk praksis, og da standardbehandling aktuelt er mere intensiv i form af OPUS, kan det sætte tvivl, om SPP vil have bedre effekt end standardbehandling i dag. Et stort valideringsstudie af OPUS som integreret behandling fandt ligeledes moderate effektstørrelse på positive og negative symptomer samt funktionsniveau efter et to-årigt forløb (Bertelsen et al. 2008). Heller ikke Øhlenschlægers studie, som sammenlignede OPUS og psykodynamisk psykoterapi, kan konkludere, at OPUS var bedre behandling end psykoterapi, fordi der var andre væsentlige forskelle i behandlingen, særligt langvarig indlæggelse af deltagerne, som modtog psykoterapi, var en væsentlig faktor. Det vil være relevant at undersøge om faktorer som traumehistorik, affektlabilitet, suicidalitet mv. kan forudsige effekt af OPUS eller SPP og dermed forbedre prognosen. MBT-studiet (Weijers et al. 2021) sammenlignede med FACT, en anden form for integreret behandling, som minder om OPUS. De fandt vedvarende effekt mht. socialt funktionsniveau, men ikke for positive og negative symptomer. Socialt funktionsniveau kan derfor være et område, hvor MBT kan forbedre moderne behandling ved tilstande, som hverken er debuterende eller svært kroniske. Ift.

effektstørrelse viste SPP og MBT resultater på linje med psykofarmakologisk og somatisk behandling, som oftest har en let til moderat effekt (Leucht et al., 2012). En meta-analyse viste, at kognitiv adfærdsterapi (KAT) havde en lille effekt i behandling af skizofreni (Jauhar et al., 2014). Som ved SPP havde negative symptomer stadig effekt af KAT, men i mindre grad sammenlignet med positive symptomer. Meta-analysen inkluderede data fra 52 studier, hvilket giver en solid underbygning for evidensen for KAT, og det er dermed ikke muligt at konkludere, at SPP viste bedre effekt, fordi SPP kun blev undersøgt i ét studie. I den sammenhæng er Garretts erfaring med at kombinere KAT og psykodynamisk terapi interessant (Garrett, 2019). I hans bog beskrives, hvordan KAT kan bruges til at arbejde med psykotiske symptomer ved brug konkrete redskaber til realitetstestning og psykoedukation, som har til formål at stabilisere patienten og skabe tvivl om psykotiske oplevelser. Tvivl er grobund for det dynamiske arbejde med at forstå psykosens emotionelle baggrund og mulige ubevidste sammenhænge med aktuelle relationer, opvækst og traumatiske livsbegivenheder. Garrett understreger også, at der ved behandling af psykoser er store ligheder mellem KAT og psykodynamisk terapi, og at det kan være vigtigt for at udvikle mere effektiv og personaliseret behandling at skelne til dem begge.

De ældre amerikanske studier er sværere at ekstrapolere resultater fra til nutidens forhold i psykiatrien. Overordnet tyder Gundersons (1984) resultater på, at intensiv psykodynamisk terapi med flere ugentlige sessioner og fokus på indsigtsgivende fortolkninger ikke er bedre end støttende og realitetsadapterende psykoterapi. Det er relevant at undersøge, om der er elementer af EIO, som har effekt, eller om timing kan have betydning, f.eks. ved at indsigtsgivende fortolkninger er effektfulde, når patienten er i en stabil fase. Mere klart kan det konkluderes, at antipsykotisk behandling er vigtigt. I Karons (1972) studie havde antipsykotisk behandling alene samme succesrate med udskrivelse som kombinationen af antipsykotika og psykoterapi. Studiets resultater er hæmmet af få deltagere, og at udskrivelse er et diffust effektmål. Ift. gruppeterapi viste O'Briens (1972) studie bedre effekt af gruppeterapi sammenlignet med individuel terapi som ambulant behandling. Gruppedeltagere blev i højere grad vurderet færdigbehandlet og opnåede signifikant bedring i symptomer og sociale egenskaber. Fortolkningen af begge studier er udfordret af, at gruppeterapien ikke blev nærmere beskrevet. Derfor er det ikke muligt at konkretisere behandlingsfaktorer, og replikation af studierne under nutidige forhold er ikke muligt. Fokus i denne artikel er på individuel terapi, og 9 artikler om gruppeterapi blev ekskluderet. Artiklerne omhandlede bl.a. psykodynamisk gruppeterapi, en kombination af psykodyna-

misk gruppe- og kunstterapi og et psykodynamisk program for dagbehandling (Montag et al., 2014; Pec et al., 2018; Restek-Petrović et al., 2014). Studierne fandt flere positive resultater, blandt andet bedring i kognitiv funktion, færre positive symptomer og livskvalitet. Dog var studierne af mindre størrelse, to af dem var pilotstudier, og der er brug for at lave større studier for at få bekræftet fundene.

De inkluderede observationelle studier kan på trods af deres svagheder også give os et indblik i psykodynamisk behandling. Alanen (1985) fandt, at psykoterapi ikke var en faktor i bedring af psykotiske symptomer. En inddeling af deltagerne i fire subgrupper viste, at for typisk skizofreni var psykoterapi en signifikant faktor for bedring. Alanen (1985) adskilte typisk skizofreni og borderline psykose ved at sidstnævnte ikke primært har psykotiske symptomer, men havde kortvarige episoder med ego disintegration. Det kan være, at borderline psykose i højere grad kunne have gavn af terapi rettet mod personlighedsforstyrrelse. Cullbergs (1991) mindre studie var det eneste, som undersøgte selvdestruktiv adfærd. Gruppen med remission af psykotiske symptomer havde flere episoder med selvdestruktiv adfærd, og det kan tyde på, at denne form for adfærd kan have brug for en anden form for behandling. Selvskade forekommer hyppigt ved skizofreni. En meta-analyse fandt, at ca. en tredjedel af patienter med skizofreni havde selvskade, som derfor potentielt er en faktor i at lave mere målrettet behandling (Lorentzen et al., 2022).

Vignette

Som afslutning på denne empirisk funderet artikel beskrives en case med periodiske styringsoplevelser, der remitterede under et langvarigt, psykodynamisk terapiforløb. Casen omhandler en 25-årig kvinde med paranoid skizofreni og behandlingsresistente psykotiske symptomer som styringsoplevelser og stemmehøring. Hun blev diagnosticeret med skizofreni som 20-årig og beskrev psykotiske symptomer helt tilbage i barndommen. Hun havde prøvet flere typer antipsykotika (både 1. og 2. generation, inkl. clozapin som hun ikke tålte) uden at det havde betydelig effekt på de psykotiske symptomer. I løbet af terapien var der kun mindre ændringer i medicineringen, hvor hun det meste af tiden fik aripiprazol depot 400 mg hver 3. uge og quetiapin som pn. 25 mg maks. x 4 dgl.

Den psykodynamiske psykoterapi med ugentlige sessioner varede i alt 15 måneder (ikke en del af et pakkeforløb) og havde fokus på både patientens psykotiske symptomer og den interpersonelle dynamik. Terapien havde også en støttende

og psykoedukativ funktion. I løbet af terapien kom det frem, at den interpersonelle dynamik særligt med patientens kæreste hang sammen med de episodiske styringsoplevelser. Episoderne kunne have op til 90 minutters varighed, hvor en anden person overtog hendes krop, og hun skadede sig selv f.eks. ved cutting eller sagde ting, som patienten ikke selv mente. Styringsoplevelserne remitterede efter, at patienten brød med sin kæreste. Stemmehøring blev også markant mindre fra at være der stort set konstant til kun at komme periodevis i pressede situationer. Patientens funktionsniveau blev markant bedre, og hun formåede at følge sit studie under hele terapiforløbet modsat fem foregående uddannelser, som hun alle havde afbrudt efter højest 6 måneder.

Casen beskriver et langvarigt psykodynamisk psykoterapi som led i behandlingen af svære psykotiske styringsoplevelser og stemmehøring. Belysning af interpersonelle dynamikker korrelerede med remittering af styringsoplevelserne og markant lindring af stemmehøring. Desuden viser casen, at behandling af svær psykose kan kræve langvarige forløb, som varer længere end de almene pakkeforløb på 10-20 sessioner.

Konklusion

Denne litteraturgennemgang må overordnet drage samme konklusion, som det tidligere Cochrane review. Der er fortsat få kliniske studier, som har undersøgt effekten af psykodynamisk psykoterapi til skizofreni, og det er svært at drage en konklusion, fordi studierne har en høj grad af heterogenitet og blev lavet med flere årtier imellem samt en række metodiske svagheder som manglende blinding af ratere eller manglende angivelse af styrkeberegninger. Særligt to nyere, randomiserede studier antyder, at psykodynamisk terapi til patienter med skizofreni kan behandle psykotiske symptomer og bedre funktionsniveau. Rosenbaum undersøgte støttende psykodynamisk psykoterapi og fandt bedring i både psykotiske symptomer og funktionsniveau, mens Weijers afprøvede mentaliseringsbaseret terapi og fandt bedring i funktionsniveau. I begge studier havde deltagerne psykotiske symptomer, hvilket går imod forbeholdet i den norske nationale retningslinje for behandling af skizofreni om, at psykodynamisk terapi kun skal tilbydes i ikke-psykotisk fase. Vignetten viser på et klinisk plan, hvordan terapi i en psykotisk tilstand var muligt. Et andet vigtigt resultat i forhold til psykodynamisk terapis plads i nutidig behandling kom fra Weijers studie, idet sammenligningsgrundlaget her var integreret FACT-behandling, som er standardbehandling i dag.

Generelt er der brug for flere empiriske studier, og der er brug for at styrke effekten af behandlingen. Det kan overordnet gøres på to måder; enten ved at gøre behandlingen mere målrettet eller ved at forbedre behandlingsmetoden. Begge områder har interessante perspektiver. Psykodynamisk terapi kan målrettes patienter med særlige faktorer, som den farmakologiske behandling ikke rettes mod. Et relevant eksempel er selvskade. Cirka en ud af tre patienter med skizofreni har også selvskadende adfærd, som har forskellige årsager, f.eks. devaluerende stemmehøring eller affektregulering (Lorentzen et al., 2022). Psykoterapeutisk behandling kan mindske selvskade hos studiedeltagere med borderline personlighedsforstyrrelse og dermed potentielt også ved skizofreni (Reichl & Kaess, 2021). Effekten kan muligvis også styrkes ved at ændre behandlingsformen. Garrett anbefaler en kombination af KAT og psykodynamisk terapi, og det kan være, at kombinationsbehandling samlet set giver bedre effekt (Garrett, 2019). Garretts kliniske erfaring er, at kognitive metoder fungerer bedst til at behandle psykotiske symptomer, og derefter kan der arbejdes videre psykodynamisk med relationelle forhold og traumatiske livsbegivenheder for at forbedre indsigt og mindske risikoen for tilbagefald. Ligeledes sker der også fortsat en udvikling inden for psykoanalytisk teori, som potentielt kan forbedre psykodynamisk behandling. Et eksempel er Vanheule, der har udgivet flere artikler om lacaniansk tilgang til behandling af psykose (Vanheule, 2024). Lacans tvetydige begreber Nome-du-père (Fadernavnet) og jouissance (nydelse) kan give en bedre forståelse af psykosens mentale organisering, som er relevant i psykoterapeutisk behandling.

På trods af at der kun er gennemført to randomiserede studier i de seneste to årtier, sker der fortsat en større teoretisk udvikling indenfor psykodynamisk terapi. Men det er vigtigt, at dette på lige fod med andre behandlingsmodaliteter undersøges og valideres i klinisk studier, før det kan prioriteres og implementeres i standardbehandling.

Abstract

Individual psychodynamic psychotherapy for schizophrenia: A review of clinical studies

The article reviews the empirical evidence for individual psychodynamic psychotherapy for schizophrenia. A total of 14 studies are included, seven of which are randomized studies. Particularly, two of the studies showed intere-

sting results. A large Danish study with supportive psychodynamic psychotherapy demonstrated a significant treatment effect on psychotic symptoms and functioning compared to standard treatment. Similarly, the most recent of the studies showed that mentalization-based therapy improved social functioning compared to FACT treatment. The results from the other studies did not conclusively show that individual psychodynamic psychotherapy had a better effect than other treatments. Overall, findings from this review indicate an effect of psychodynamic therapy for schizophrenia, but it is difficult to draw a definitive conclusion due to the heterogeneity of the studies, and they were conducted several decades apart.

Keywords: psychodynamic psychotherapy, schizophrenia, mentalization-based treatment, psychosocial intervention

Referencer

Alanen, Y. O., Räkköläinen, V., Rasimus, R., Laakso, J., & Kaljonen, A. (1985). Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: Results of 5-year-follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 319, 31–49. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1985.tb08522.x

Alanen, Y. O., Ugelstad, E., Armelius, B.-A., Lehtinen, K., Rosenbaum, B., & Sjostrom, R. (Eds.). (1994). Early treatment for schizophrenic patients. Oslo: Scandinavian University Press.

American Psychiatric Association. (2020). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. American Psychiatric Pub.

Baethge, C., Assall, O. P., & Baldessarini, R. J. (2013). Systematic Review of Blinding Assessment in Randomized Controlled Trials in Schizophrenia and Affective Disorders 2000-2010. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(3), 152–160. https://doi.org/10.1159/000346144

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschlaeger, J., le Quach, P., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The OPUS trial. *Archives of General Psychiatry, 65*(7), 762–771. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.762

Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry, 8*(11), 969–980. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1

Carpenter W. T,, McGlashan T.H,, Strauss J.S. (1977). The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. American Journal of Psychiatry. Jan;134(1).

Cullberg, J. (1991). Recovered versus nonrecovered schizophrenic patients among those who have had intensive psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*(3), 242–245. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03137.x

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., revised). (1987). American Psychiatric Association.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. University of Chicago Press.

Garrett, M. (2019). *Psychotherapy for Psychosis. Integrating Cognitive Behavioral and Psychodynamic Treatment*. The Guilford Press.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin, 10*(4), 564–598.

Harder, S., Koester, A., Valbak, K., & Rosenbaum, B. (2014). Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: Long-term outcome in social functioning. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 77*(2), 155–168.

Hauff, E., Varvin, S., Laake, P., Melle, I., Vaglum, P., & Friis, S. (2002). Inpatient psychotherapy compared with usual care for patients who have schizophrenic psychoses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 53*(4), 471–473. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.4.471

Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive–behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry, 204*(1), 20–29. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285

Juul, S., Gluud, C., Simonsen, S., Frandsen, F. W., Kirsch, I., & Jakobsen, J. C. (2021). Blinding in randomised clinical trials of psychological interventions: A retrospective study of published trial reports. *BMJ Evidence-Based Medicine, 26*(3), 109–109.

Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1972). The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 9*(2), 111.

Leucht, S., Hierl, S., Kissling, W., Dold, M., & Davis, J. M. (2012). Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: Review of meta-analyses. *British Journal of Psychiatry, 200*(2), 97–106. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096594

Lorentzen, E. A., Mors, O., & Kjær, J. N. (2022). The Prevalence of Self-injurious Behavior in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin Open, 3*(1), sgac069. https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac069

Malmberg, L., & Fenton, M. (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001*(3), CD001360. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001360

May, P. R., Tuma, A. H., & Dixon, W. J. (1976). Schizophrenia—A follow-up study of results of treatment: I. Design and other problems. *Archives of General Psychiatry, 33*(4), 474–478.

May, P. R., Tuma, A. H., Dixon, W. J., Thiele, D. A., & Kraude, W. H. (1981). Schizophrenia: A follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry, 38*(7), 776–784.

May, P. R., Tuma, A. H., Yale, C., Potepan, P., & Dixon, W. J. (1976). Schizophrenia—A follow-up study of results of treatment: II. hospital stay over two to five years. *Archives of General Psychiatry, 33*(4), 481–486.

McBain, R. K., Cantor, J. H., & Eberhart, N. K. (2022). Estimating psychiatric bed shortages in the US. *JAMA Psychiatry, 79*(4), 279–280.

Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: Feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PloS One, 9*(11), e112348. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112348

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (S-1957). (2023). Helsedirektoratet.

Nordentoft, M., Øhlenschlaeger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., & Bertelsen, M. (2010). Deinstitutionalization revisited: A 5-year follow-up of a randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Psychological Medicine, 40*(10), 1619–1626.

https://doi.org/10.1017/S0033291709992182

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS One, 8*(1), e55176. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176

O'Brien, C. P., Hamm, K. B., Ray, B. A., Pierce, J. F., Luborsky, L., & Mintz, J. (1972). Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry, 27*(4), 474–478.

Øhlenschlæger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Køster, A., Munkner, R., & Nordentoft, M. (2007). Intensive treatment models and coercion. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(5), 369–378.

Pec, O., Bob, P., Pec, J., & Hrubcova, A. (2018). Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: Dynamics and predictors of therapeutic change. *Psychology and Psychotherapy, 91*(2), 157–168. https://doi.org/10.1111/papt.12153

Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 37*, 139–144. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007

Restek-Petrović, B., Bogović, A., Mihanović, M., Grah, M., Mayer, N., & Ivezić, E. (2014). Changes in aspects of cognitive functioning in young patients with schizophrenia during group psychodynamic psychotherapy: A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(5), 333–340. https://doi.org/10.3109/08039488.2013.839738

Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K., & Winther, G. (2012). Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 75*(4), 331–341.

S3 Guideline for Schizophrenia. Abbreviated version (English) (1.0). (2019). DGPPN e.V. (ed.) for the Guideline Group. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html

Sjöström, R. (1985). Effects of psychotherapy in schzophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71*, 513–522.

Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. L., Schnitzer, R., & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin, 10*(4), 520–563.

Starzer, M., Hansen, H. G., Hjorthøj, C., Albert, N., & Nordentoft, M. (2024). Prognosen for skizofreni. *Ugeskr Læger, 186*, V02240156.

Tandon, R., Nasrallah, H., Akbarian, S., Carpenter, W. T., DeLisi, L. E., Gaebel, W., Green, M. F., Gur, R. E., Heckers, S., Kane, J. M., Malaspina, D., Meyer-Lindenberg, A., Murray, R., Owen, M., Smoller, J. W., Yassin, W., & Keshavan, M. (2024). The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophrenia Research, 264*, 1–28. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.015

Vanheule, S. (2024). When the father is more than just a signifier: Lacan's later work on the father-function in psychosis. *Theory & Psychology, 34*(2), 153–169. https://doi.org/10.1177/09593543241240002

Varvin S. (1991). A Retrospective Follow-Up Investigation of a Group of Schizophrenic Patients Treated in a Psychotherapeutic Unit: The Kastanjebakken Study. *Psychopathology, 24*, 336–344.

Weijers, J. G., ten Kate, C., Debbané, M., Bateman, A. W., de Jong, S., Selten, J.-P. C. J., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2020). Mentalization and Psychosis: A Rationale for the Use of Mentalization Theory to Understand and Treat Non-affective Psychotic Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(3), 223–232. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09449-0

Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, E. H. M., & Selten, J. P. (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 51*(16), 2846–2855. https://doi.org/10.1017/S0033291720001506

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.

BOGANMELDELSE

Psychosis Risk and Experience of the self.

Understanding the individual Development of Psychosis as a Basic Self-disturbance.

Paul Møller
Routledge 2023, London/New York

Anmeldt af Francisco Alberdi [1]

Bogen er den seneste i en lang serie bøger (over 30 bøger) om psykosocial forståelse og behandling af psykoser publiceret af det Internationale Selskab for Psykologiske og Sociale interventioner ved Psykoser isps@isps.org. Selskabets tidsskrift, *Psychosis,* har adressen https://www.tandfonline.com/journals/rpsy20

I serien er der i de seneste 20 år udkommet meget vigtige bøger om emnet skrevet af fremtrædende forfatter som J Cullberg, J O Johannessen YO Allanen, RP Bentall m. fl. https://isps.org/isps-book-series/. ISPS har haft stor betydning for den ændring der er sket af psykosernes og skizofreniernes forståelse og behandlingsstrategi fra den overvejende biologisk forståelse og behandling til en mere psykosocial, psykoterapeutisk og eksistentiel forståelse.

Bogen er derved en del af en vigtig faglig og social global bevægelse med næsten 50 års historie, med lokale foreninger i hele den vestlige verden og meget veletablerede foreninger i Norden. Forfatteren, psykiater og forsker i Vestre Viken Hospital i Norge behøver ikke nærmere præsentation i Nordisk sammenhæng. En vigtig detalje er dog nødvendig at have in mente for bedre at forstå bogens faglige og fagpolitiske kontekst. Bogens indhold er udviklet i perioden 2000 til 2008, mens forfatteren var overlæge i en afdeling for psykosebehandling i Lier Psykiatrisk hospital.

1. Francisco Alberdi. Psykiater og psykoterapeut. Jagtvej 197, 2 tv. København Ø. alberdi_olano@dadlnet.dk.

Det temmelig tragiske (vælg selv et passende adjektiv) er at afdelingen blev nedlagt af økonomiske årsager i 2008 trods lovende forskningsresultater og stor tilfredshed med behandlingen blandt patienter og pårørende. Forfatteren fortsatte sit forskningsmæssige og undervisningsmæssige engagement i udviklingen af den såkaldte Subjektivitets model for behandling af psykoser. Bogen er derved resultatet af forfatterens lange kliniske, forskningsmæssige og undervisnings aktivitet.

Lad det være sagt med det samme. Bogen er fremragende set ud fra en klinisk og terapeutisk synsvinkel. Bogen er så væsentlig, at den burde blive en del af det obligatoriske pensum i psykiatrisk og klinisk psykologisk specialistuddannelse. Det fænomenologiske grundlag, bogen hviler på, har ikke haft den nødvendige opmærksomhed i psykiatrien siden DSM III og bevægelsen "ny Kraepelinisme" kom på banen i psykiatrien i 1980. En konsekvens af denne faglige tilsidesættelse har været, at de seneste 2 generationer af psykiatere og kliniske psykologer har haft svært ved at læse og forstå fænomenologiske grundbegreber, og har betragtet dem som unødigt filosofiske, svært begribelige og uanvendelig i klinikken. Den nærværende bog råder bod på disse problemer. Bogen skal læses langsomt for at få den fulde udbytte og kan med fordel bruges som studiebog i faglige læsekreds.

En advarsel til læseren af anmeldelsen. Dette er ikke en vanlig anmeldelse, som du vil kunne læse på 6 min. Det er snarere tale om et kort resume af bogens indhold, som vil kræve lidt længere tid og større koncentration end vanlige anmeldelser på fagtidsskrifter. Bogen fortjener det.

Oversigt over bogens indhold

Bogen begynder med transkribering af en samtale mellem en behandler og en ung patient, om de forunderlige og skræmmende oplevelser patienten har haft de seneste måneder. Oplevelser som patienten har svært ved at forstå og udtrykke med ord, men som ikke desto mindre fylder hele hans liv med en følelse af, at verden synes at have forandre sig, at han ikke længere ved hvem han selv er. På behandlerens spørgsmål om han med sikkerhed kan sige, at han føler sig som sig selv, og at han føler sig som en naturlig del af verden svarer patienten: "Det lyder nok skørt når jeg siger det, men for at være helt ærlig kan jeg ikke en gang rigtigt forstå, hvad verden er for noget. Alting virker uvirkeligt og kunstigt (…) ".

Samtalen bliver udgangspunkt og rød tråd for bogens indhold. Efter en kort

historisk introduktion og præcisering af skizofrenibegrebet følger 17 korte men kompakte kapitler med følgende overskrifter:

1. Et første blik fra oven, som fører til feltets inderside.
2. At forstå er et universalt menneskeligt behov.
3. Prodromale fænomener kaster lys over eksistensen kerne – hjælp til forståelse af psykose.
4. Problemet med at definere den prodromale fase.
5. Videnskabens syn bestemmer synet på psykosen.
6. Subjektivitet.
7. Selvet og basale selvforstyrrelser.
8. Diagnostik, fænomenologi og EASE manualen i feltet psykoserisiko.
9. EASE manualens 5 domæner.
10. Synet på psykosebehandling er ved at ændre sig blandt de professionelle og sundhedsmyndighederne.
11. Hvad siger andre forståelses- og behandlingsmodeller for psykose? Anvender de eksplicit begreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforståelse?
12. Selvforstyrrelser som del i en bredere terapeutisk kontekst.
13. Samtale og fænomenologi.
14. Terapeutiske forhindringer og terapeutiske effekter.
15. Tilgang og indstilling til behandling rettet imod basale selvforstyrrelser.
16. Omrids af en pragmatisk 7 trins behandlingsmodel.
17. Implementering af Subjektivitet Modellen.

Som der ses af kapitlernes titler er der i bogen en kontinuitet og sammenhæng, som tydeliggøres i teksten ved hjælp af pædagogiske gentagelser og krydsreferencer. Bogens første tredjedel er centreret omkring den fænomenologiske teori og dens anvendelse i forhold til psykose og prodromale symptomer. I den midterste del tager forfatteren tråden op og fokuserer på kernebegreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforstyrrelser samt diagnosens betydning og det diagnostiske redskab EASE. Bogen sidste tredje del er centreret om psykoterapeutiske muligheder og samarbejde med andre terapeutiske tilgange til psykosens meget kompleks problematik. I de sidste to kapitler giver forfatteren en detaljeret beskrivelse af Subjektivitets Modellen og af dens implementering i psykiatrisk regi.

Som nævnt er Subjektivitet Modellen, som beskrives i bogen udviklet igennem en 10-15 års periode, hvor man implementerede modellen i en afdeling for psykosebehandling i Lier psykiatrisk hospital. I afdelingen kombinerede man klinisk

arbejde med unge psykotiske eller psykosenære patienter og deres pårørende med forskning og undervisning. I det følgende vil jeg begrænse mig til at give et overblik over de kapitler, som beskriver det teoretiske grundlag (kapitler 1-5), kapitlerne som omhandler kernebegreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforstyrrelser (kapitlerne 6-12) og endelig de kapitler som beskriver den psykoterapeutiske tilgang og metodik (kapitler 13-17).

Modellens udgangspunkt

Udgangspunktet er, at trods mere end 100 års forskning og klinisk arbejde med patienter som lider af psykoser i det såkaldte skizofrene spektrum, ved vi meget lidt om disse lidelsers årsager, og vi mangler fortsat en samlet model til forståelse af disse tilstande. Vi savner også effektive behandlinger ud over forskellige former for social støtte og medicin til psykisk afdæmpning og beroligelse. For den lidende patient og deres pårørende er *forståelse* af deres oplevelser et yderst vigtigt aspekt. Forståelsen har at gøre med at finde mening og sammenhæng i det man oplever. En bedre forståelse vil give en følelse af større tryghed og bedre mulighed for behandling, selv om man ikke forstår årsagerne til lidelsen. Selv om vi fortsat er meget langt fra at kunne *forklare hvorfor,* den enkelte patient udvikler en psykotisk tilstand, er vi efterhånden bedre i stand til at *forstå, hvordan* de psykotiske oplevelser udvikler sig. At kunne forstå, at finde mening i oplevelserne, at finde ord til at beskrive dem og at kunne tale sammen om dem har stor betydning for patienter og pårørendes følelser af tryghed og samhørighed.

Psykotiske forstyrrelser kan vise sig som 1. kortvarige reaktive forstyrrelser, 2. forstyrrelser med tilbagevendende episoder med relativ god prognose og 3. vedvarende og progredierende lidelser som kræver livslang hjælp og støtte. I perioden inden et eventuel psykotisk sammenbrud, i den omdiskuterede *prodromal* periode, er oplevelserne forskellige, men forbundet med oplevelserne under selve psykosen. De basale psykopatologiske processer i begge perioder er de samme, selv om de opleves forskelligt af patienterne. Fænomenologiens udgangspunktet er, at den direkte kilde til viden om den enkelte patients sindstilstande er deres personlige beskrivelse af oplevelserne i det daglige liv. Disse beskrivelser kræver en lyttende behandler til at registrere og opsummere dem, før man kan danne sig et troværdigt billede af patientens kvalitative oplevelser, de livsnære tanker, følelser og forestillinger, som påvirker vedkommendes væren i verden. Den psykoterapeutiske behandling af psykoser har i mange år været præget af en

indgroet pessimisme. Man har opfattet de psykotiske oplevelser som grundlæggende uforståelige og uindfølelige og derved umulig at påvirke af psykologisk vej. En dybere forståelse af patientens oplevelser under udvikling af psykosen vil derfor forbedre terapeutens mulighederne for empati med patienten og vil stabilisere den terapeutiske relation.

Fænomenologi og psykiatri.

Bogen bygger på den fænomenologiske filosofiske tradition. Sagt med få ord undersøger den fænomenologiske tradition patientens førsteperson perspektiv, det vil sige hvordan oplevelserne bliver struktureret i patientens bevidsthed og gør dem meningsfulde. Fænomenologi var som bekendt en af de dominerende filosofiske retninger i første halvdel af det 20. århundrede med kendte navne som E Husserl, K Jaspers, Merleau Ponty, P Sartre med videre. Fænomenologi er en erfaringsfilosofi og dens slagord, "til sagen selv", udtrykker et krav om, at man skal undersøge måden, hvorpå noget viser sig, før det indordnes i et begrebsligt system.

> *"All we know about humanity, the mind, mental disorders, and the surrounding world, all our scientific knowledge, arises originally from a first-person perspective, the I-perspective, whatever is being sensed by the subject."*

Fænomenologi er en teori og en metode til at forstå og finde mening i den enkeltes subjektive verden. Dens grundantagelse er, at vi lever i en "strøm" af oplevelser fuld af mening, som over tid skaber vores egen personlig livsoplevelse. Centrale begreber i den forbindelse er bevidsthedsstrøm og intentionalitet. Intentionalitet refererer til det faktum, at alle oplevelser, al bevidsthed er rattet imod noget med det formål at finde mening.

> *"Phenomenology studies the structure and function of experiences and explores how experiences contribute to the creation of meaning, and the understanding of humanity and the world"*

Sindet er altid subjektivt og kan ikke være et objekt. Siden 1980 har psykiatriens diagnostiske systemer været baseret på beskrivelser af observerbare adfærdstræk med det formål at blive objektive. Problemet i den forbindelse er, at noget som i sin natur er subjektivt ikke kan transformeres til noget objektivt. Kroppens fysiske karakteristik og adfærd kan objektiveres men ikke sindet. Dette giver diagnosticering af psykiske lidelser helt andre problemer end diagnosticering af fysi-

ske lidelser. Det særlig ved sindet er, at mentale fænomener er immaterielle og abstrakte og derfor forbigående, skiftende og "flydende". Der er ikke klare grænser mellem sindets forskellige aspekter og derfor heller ikke mellem forskellige mentale tilstande og diagnoser. Med mindre man lytter ordentligt efter oplevelsernes essentielle natur og ikke lader sig aflede af særlige teorier, risikerer man at tolke og forklare alt for hurtigt patientens oplevelser. For eksempel når patienten siger at han føler sig død, behøver det ikke at betyde at han føler sig udmattet, uden energi eller lammet i sin fortvivlelse i disse udtryks vanlig betydning. Hvis patienten er plaget af selv-forstyrrelser kan disse udtryk betyde, at patienten oplever en ordret tvivl om at være i live, om sin faktuelle eksistens eller at patienten føler sit liv som "kunstig" og uvirkelig. (Parnas, 2005). En grundig lytten til patientens udsagn om egne oplevelser og udvikling af sofistikerede diagnostiske begreber er derfor nødvendige betingelser for udvikling af en bedre forståelse af patientens oplevelser i den præpsykotiske og psykotiske tilstand.

Den opmærksomme og fordomsfrie lytten til patientens oplevelser er ikke kun en nødvendig betingelse for det diagnostiske arbejde, det er også en central del af det terapeutiske arbejde. Hvis den terapeutiske samtale baserer sig på en undersøgelse og erkendelse af patientens oplevelser, vil begge parter opleve samtalen som mere menneskelig, relevant, levende og autentisk. Begge parter vil da tale om "tingene i sig selv", de ægte personlige oplevelser. De abnorme selvoplevelser som ses under udvikling af psykosen skal med andre ord have en central plads under både assessment og behandling. Anerkendelse af patientens subjektive tilstande via en opmærksom lytten og empatisk medleven vil sikre den terapeutiske relation og forbedre terapiens resultatet.

At forstå er et fundamental menneskeligt behov

At forstå og kategorisere, at se tingene i sammenhæng er et fundamental psykologisk behov. Alting må være meningsfuldt, ellers bliver det kaotisk. Her taler vi ikke udelukkende en behovet for at forstå og skabe mening i dagligdags forstand. Vi taler også om behovet for at forstå på et dybere plan, som en fundamental betingelse der gør vores væren i verden sammenhængende og meningsfuld. Dette iboende behov for at forstå er ikke noget vi bestemmer os for bevidst. Behovet ligger i vores natur, det er den måde bevidstheden er skabt eller struktureret på. Bevidstheden er grundlaget for al forståelse. Bevidstheden har nogle basale måder at fungere på, en form for mental *infrastruktur* som giver dets indhold en form, retning og intentionalitet. En af disse funktioner er netop den

konstante, spontane og automatisk søgen efter mening eller forståelse af det, der sker inde i og udenfor os selv. Oplevelserne som strømer igennem vores bevidsthed *må* få mening for at undgå konfusion. Nye overraskende eller forvirrende begivenheder har altid første prioritet i vores bevidsthed, som straks forsøger at placere dem i en meningsfuld helhed. Bevidstheden gør os derfor i stand til at opleve sammenhæng og mening i alt det, vi er eller gør. Denne oplevelse af mening og sammenhæng bestemmer evnen til at give livet en retning og håb om at klare livets udfordringer.

Det er indlysende, at gode mellemmenneskelige relationer er en vigtig kilde til mental sundhed. At etablere og opretholde gode relationer er på den anden side en svær og krævende proces. Hvis en persons basale pre-refleksive måde at opleve verden på bliver forstyrret, som det sker i psykosens prodromale fase, vil disse forstyrrelser hurtigt påvirke vedkommendes relationer. Relationerne i familien vil hurtigt blive præget af usikkerhed og indre spændinger som følge af patientens vanskeligheder med at forstå og give udtryk for sine oplevelser. Patientens vanskeligheder med at finde ord for oplevelser og den ledsagende angst og skam vil skabe en barriere i kommunikationen. Onde cirkler skabes, hvor frustrationerne i familien forstærker patientens emotionelle pres og funktionelle forstyrrelser, som igen påvirker relationerne i familien på en negativ måde. Disse forhold blev i 1970erne beskrevet i en række undersøgelser af de negative konsekvenser disse spiraler af negative "expressed-emotions" kunne få på psykosens udvikling (Vaughn CE, Leff JP, 1976). Forståelse, mening, mestring og gode relationer er 4 fundamentale betingelser for en sund mental og relationel funktion. Forstyrrelser i patientens basale selvforståelse vil skabe forstyrrelser i meningsskabelsen, i den gensidige forståelse og i de nære relationer.

Spørgsmålet er hvad der menes, når man taler om *at forstå psykosen*. Svaret er forskelligt afhængigt af, om man taler med de professionelle, med folk i almindelighed eller med patienten selv. De professionelle vil bruge deres viden om forskellige biologiske, psykologiske eller sociale faktorers indflydelse på lidelsens udvikling i et forsøg på at forstå lidelsen og hjælpe patienten. Folk i almindelighed har som regel ikke nogen særlig viden om disse lidelsers grundlag, så deres bidrag til forståelse kan nemt blive en kilde til yderligere forvirring. For patienten selv er spørgsmålet om at *forstår lidelsen akut og helt grundlæggende*. At forstå de psykotiske eller nærpsykotiske oplevelser, det vil sige, at forstå det, som opleves som ufatteligt, bliver et overvældende behov for ham eller hende. Oplevelserne er så forstyrrende og pinefulde, så påtrængende og altomfattende, at de kan

lamme patienten i sit daglige liv. Patienterne har ofte udtalte vanskeligheder med at udtrykke eller finde ord for deres oplevelser af fremmedhed, uvirkelighedsfølelser og fragmentering af mening. Lige så vanskeligt og skamfuldt kan det være at fortælle om deres vrangforestillinger eller hallucinatoriske oplevelser. Det er på den anden side en vanlig erfaring, at patienterne oplever en store lettelse, når deres oplevelser bliver taget alvorligt, og de får hjælp til at finde ord og formulere disse skræmmende og vanskeligt formulerebare oplevelser. Terapeutens opmærksomme lytten og den sproglige formulering under samtalen vil hjælpe patienten til at forvandle noget indre, svært tilgængeligt og skræmmende til noget mere tilgængeligt, som kan benævnes og deles med andre. Oplevelserne kan med andre ord blive tilgængelige for psykoterapeutisk udveksling, refleksion og bearbejdelse.

Subjektivitetsmodellen

Modellens egentlig formål er forståelse og psykoterapeutisk behandling af psykosens fænomenologi, i særlig grad af oplevelserne under de første faser af psykosens udvikling som domineres af en *forstyrret subjektivitet og forandring af selvoplevelserne*. Modellen prætenderer ikke at være udtømmende for den meget komplekse problematik som psykoserne er en del af. Den forsøger at være afklarende og klinisk brugbar ved at tilbyde et vigtigt perspektiv til forståelse af patienternes eksistentielle oplevelser.

Modellens grundlæggende begreber, *subjektivitet, selvoplevelse, selvforståelse og selvforstyrrelser* har som nævnt sit udspring i den fænomenologiske filosofi og psykiatri. I denne sammenhæng er *subjektivitet* noget andet og mere end den vanlige forståelse af at være et autonomt, selvstændigt subjekt. Subjektivitet refererer her til *selve oplevelsen af sig selv* som et subjekt (selvoplevelsen) samt til bevidsthedens *nødvendige betingelser* for denne oplevelse. Subjektivitet er en støttende "*strukturel del af menneskets bevidsthed*", som dannes og udvikles livet igennem og som støtter fundamentale aspekter af den enkeltes identitetsoplevelse. Identitet betyder "det samme", og i den forstand at være det samme, at have en umiddelbar oplevelse af *at være mig selv*. Subjektivitet er bevidsthedens dybeste aspekt, tavs og implicit, en væsentlig del af enhver oplevelse, som manifesterer sig for mig som *min* oplevelse.

Inden en grundigere beskrivelse og diskussion af prodromale fænomener og deres udvikling til psykose giver forfatteren en kort præsentation af de tre grund-

begreber, som kan bruges som tre trin i en forståelse af udviklingen fra den prodromal fase til psykotisk tilstand. Det drejer sig om *selvoplevelse, selvforståelse og selvforstyrrelser. Selvoplevelse* er vores umiddelbare, ureflekterede, spontane, holistiske oplevelse af os selv på et givet tidspunkt, her og nu. Den er ikke styret af nogen form for bevidste tanker, den er tværtimod en passiv og global oplevelse af en indre kerne: *selvet.* Selvoplevelsen er summen af alle sansninger, indre og ydre, som finder sted på en gang i os selv i ethvert øjeblik. Den er implicit, automatisk og ureflekteret men kan blive delvis bevidst ved, at vi vender blikket og opmærksomheden indad til os selv. Begrebet og selve oplevelsen er vanskelig af begribe, men er til gengæld meget vigtig at være opmærksom på, da forstyrrelse i selvoplevelse har en vigtig betydning i de prodromale oplevelser og i psykosens udvikling.

Selvforståelsen, den bevidste tilskrivning af mening, kan betragtes som en videreudvikling af selv-oplevelserne. Begrebet henviser til en personlig, rational, kognitiv processering, en tilskrivning af mening og forståelse som del af den mentale udvikling. "Jeg føler det sådan (selvoplevelsen), og jeg forstår det som udtryk for den bestemte kvalitet (selvforståelse) ". På den måde vil livsbegivenhederne samle sig over tid og få en personlig logik og mening. Begivenhederne bliver forudsigelige og danner vores identitet. Vores spontane selvoplevelser assimilerer på den måde nye oplevelser, som bliver nye temaer i vores bevidste liv. Således udvikler vi vores narrative identitet livet igennem. Alting bliver tilknyttet vores selv. Det er sådan vores følelse af at have en fast kerne, et gravitationscenter i selvet bliver konstitueret. Selvforståelse og identitetsfølelse er derved tæt knyttede begreber i subjektivitetsmodellen.

Subjektiviteten, den strukturelle del af vores bevidsthed, er ansvarlig for det såkaldte første-person perspektiv, for oplevelsen af at være et subjekt, og at være i besiddelse af en genkendelig og stabil kerne i vores eget liv. Hvis denne subjektivitet bliver forstyrret eller forvrænget, hvis eller når man oplever *selvforstyrrelser* vil dette have en umiddelbar effekt på vores spontane, naturlige og ureflekterede selvoplevelse. Det vil først komme til udtryk i form af en næsten umærkelig drømmeagtig uvirkelighedsfølelse. Denne følelse kan knyttets til, hvad jeg ser eller hører omkring mig, kropslige oplevelser eller andre typer af erfaringer. Følelse af uvirkelighed, af at være fremmed over for omgivelserne, af at være fjern eller anderledes skaber en bevidst søgen efter forståelse, en søgen efter alternative meninger om mig selv. Som tidligere nævnt er denne konstante søgen efter mening, efter at forstå sig selv og sin situation nødvendig for overlevelse.

Disse nye ideer eller antagelser om sig selv som patienten udvikler i denne første fase af selv-forstyrrelser er ikke faste overbevisninger, men mere vage ideer eller "som-om fænomener". Patienterne beskriver disse oplevelserne med udtryk som "det føles som om", "det føles ligesom" "det er ligesom" osv. I det kliniske møde er det vigtigt at bemærke disse udtryk som hjælp til at bedømme, hvor stor indflydelse disse oplevelser har på patientens sind og hans sociale liv. Det er her, man finder den ellers meget vanskeligt bestemmelige grænse mellem psykose og ikke psykose, mellem overvejende faste og urokkelige overbevisninger eller ustabile "som-om" oplevelser.

Patientens meningstilkendegivelse eller forståelse af oplevelserne ved selvforstyrrelser kan over tid tiltage i intensitet, konsolidere sig og få større overbevisningskraft. I processen kan de blive mere irrationelle og rigide og får dermed karakter af psykotiske oplevelser. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på disse selvoplevelser tidligt i forløbet for at kunne påvirke dem terapeutisk og forhåbentligt stoppe den negative udvikling i retning af psykosen.

Den prodromale fases kerneoplevelse: at miste sig selv

Begreber som selvet, subjektivitet, selvbevidsthed m.v. er fortsat ret fremmede i den konventionelle forståelse af psykose og skizofreni. Det er forfatterens påstand, at de til gengæld er fundamentale, hvis man ønsker at forstå og ikke udelukkende beskrive de kliniske fænomener under den prodromale fase og ved skizofreni. Forfatteren nævner her Kierkegaards kendte citat fra Sygdommen til døden (1848):

> *"Den største fare af dem alle, at miste sig selv, kan forekomme i stilhed, som om intet var sket. Ingen andre tab kan finde sted så stille. Alle andre tab, en arm, et ben, 4 kroner, en hustru osv – vil med sikkerhed blive bemærket".*

Kierkegaard beskriver menneskets selv som en relation, som relaterer sig selv til sig selv. Selvbevidsthed refererer til vores bevidsthed om os selv og vores evne til at reflektere over vores egen eksistens. Denne selvrefleksion eller selvbevidsthed er en specifik menneskelig egenskab og er noget helt andet og mere grundlæggende end selvtillid eller selvværdsfølelse. Patienterne i psykosens prodromale fase udtrykker denne basale forstyrrelse i deres selvoplevelse og selvbevidsthed med udtryk som "Jeg har mistet mig selv" "Jeg ved ikke hvem jeg er".
Prodromer betyder tidlig tegn på sygdom og blev i 90erne brugt som synonym

for tidlige tegn på psykose eller skizofreni. Listen over prodromale symptomer for skizofreni blev dog fjernet fra DSM-III-R på grund af mangelfuld evidens for, at disse symptomer kunne forudsige den skizofrene udvikling. I den amerikanske tradition opfattede man de prodomale tegn, som værende de samme som psykotiske symptomer blot af mindre intensitet. I løbet af 00erne blev der blandt andet af bogens forfatter (Møller, 2000) foretaget nye kvalitative undersøgelser af førstegangs indlagte patienter med fænomenologisk metodik. Disse undersøgelser påviste *kvalitative* forskelle mellem de prodromal symptomer og de åbenlyse psykotiske symptomer. Prodromal symptomer viste sig at være noget andet end mildere psykotiske symptomer og samtidigt anderledes end symptomerne ved andre psykiatriske lidelser som angst eller depression. Fælles for de undersøgte patienter var en dyb og smertefuld eksistentiel konfusion, som var tilstede før en eventuel psykose manifesterede sig. Patienterne beskrev vedvarende ændringer i deres oplevelse af sig selv, af mennesker omkring dem og i oplevelsen af verden, som havde afgørende indflydelse på deres adfærd, specielt deres sociale adfærd. De eventuelle psykotiske symptomer var endestationen af en længerevarende udvikling med udgangspunkt i prodromal oplevelser, blandt andet følgende: Abnorme selvoplevelser, hyperrefleksion og ekstrem bekymring, forstyrrelse i fornemmelse af egen kontrol, flygtige vrangperceptioner og ideer, social tilbagetrækning m.v. Disse første undersøgelser udviklede sig videre i samarbejde med Den Danske Center for Subjektivitet til manualen EASE, Examination of anomalous self-experience (Parnas & Møller, 2005). Mere om det senere.

Subjektivitet og basale selvforstyrrelser

Inden den detaljerede beskrivelse af EASEs karakteristikker og kliniske brug opsummerer forfatteren i to kapitler dets videnskabelige grundlag. I kapitlet 6 gives en dybdegående beskrivelse af *subjektivitet og dens basale funktioner.* Når vi taler om at være et subjekt, taler vi om, hvad man mener med at *opleve sig selv* som et subjekt (selvoplevelse) og om de bevidsthedsmæssige *betingelserne* for denne særlige oplevelse. Subjektivitet forstås som det dybeste lag af bevidstheden, som kan begribes under den kliniske dialog, dog udelukkende på en indirekte måde. Bevidstheden manifesterer sig i os hele tiden ved at gøre os opmærksom på os selv, vores eksistens og vores omgivelser. En af de vigtigste ting som bevidstheden sikrer, er at vi *føler os som os selv,* at vi oplever at have kontrol over os selv og at alt det vi oplever føles *fast forankret i os selv.* Dette foregår på et prærefleksivt niveau, som bare virker, uden at vi behøver at tænke over det lidt ligesom at trække vejret. Subjektivitet er derfor en usynlig iboende komponent af

hver enkel oplevelse. Sådan fungerer sindet når subjektiviteten er intakt. Men når subjektiviteten bliver kompromitteret f.eks ved en begyndende skizofreni, bliver patienten opmærksom på netop det, de har mistet. Først når man mister evnen, bliver man opmærksom på det. Subjektivitet er en slags "infrastruktur", som understøtter de mest basale aspekter af vores identitet.

Hvis subjektiviteten bliver forstyrret eller svækket, vil den spontane selvoplevelse blive tilsvarende forstyrret. Man oplever da sig selv som fremmedgjort over for sig selv eller omgivelserne, uvirkelig og ugenkendelig. Patienterne udtrykker disse oplevelser med ytringer som "jeg har mistet mine følelser, jeg har mistet mig selv, jeg er blevet en anden person, jeg har mistet mig selv fuldstændig og er nødt til at gentage, hvem jeg er for mig selv" (Møller & Husby,2000). Når subjektiviteten bliver forstyrret på den måde, vil man automatisk søge efter nye meninger og forståelse af det, man oplever, og vil tildele det en personlig og privat mening. Det, der begyndte som en forstyrret subjektivitet eller *selvoplevelse,* vil på den måde kunne udvikle sig til *selvforstyrrelser* og eventuelt til *psykotiske overbevisninger.*

Overordnet set har subjektiviteten følgende 6 basale funktioner i bevidstheden:

1. At føle sig som sig selv.
2. At føle sig som en helhed, sammenhængende og med en indre kerne.
3. At føle en fysisk og mental tilstedeværelse i nuet.
4. At føle ejerskab over ens egne oplevelser.
5. At føle sig i live og vital.
6. At føle at man umiddelbart forstå det, som er indlysende for alle.

Eksempler for forstyrrelser i disse basale funktioner kan være, 1. "jeg har mistet mig selv". 2. "det er ligesom min indre kerne er forsvundet". 3. "verden omkring mig er en illusion". 4. "det føles som om mine tanker ikke er mine tanker". 5. "jeg berører mit ansigt og det føles følelsesløst. Er jeg død? 6. "Alle ting ser nye og kunstige ud". Kort sagt, selvet er vores refleksion over os selv og vores eksistens. Det, som er forstyrret i de basale selvforstyrrelser, er de nødvendige underliggende implicitte betingelser for at foretage selvrefleksionen.

Fænomenologi, selv og identitet

En kendt diskussion mellem fænomenologiske og psykoanalytiske tænkere har

været spørgsmålet om selvets og identitetens udvikling. Mens den psykoanalytiske teori har lagt stor vægt på det udviklingspsykologiske og udviklingspsykopatologiske aspekt af selvet og identiteten, har den fænomenologiske teori lagt hovedvægten på den momentane eller umiddelbare natur af selv-oplevelsen i nuet eller i hvert øjeblik. Udover dette forstår fænomenologien udviklingen fra den prodromale til den psykotiske tilstand som et udviklingsmæssigt *brud,* som finder sted i en bestemt epoke af livet, nemlig ungdomsårene. Vi taler ikke her om psykodynamiske processer i psykoanalytisk forstand, hvor ændringer i selvoplevelser har fundet sted i årelange udviklingsmæssige processer. I fænomenologien taler man om et *brud* i selvoplevelsen, noget som dukker op i løbet af uger eller måneder, som regel i forbindelse med udtalte livsbelastninger. Ifølge fænomenologerne har disse ændringer i identitetsoplevelser i øvrigt en mere gennemgribende karakter end de identitetsoplevelser, som kan opleves ved personlighedsforstyrrelser. I det præpsykotiske brud er ændringerne dybere og mere "strukturelle", de er principielt utilgængelige for den bevidste introspektion.

I den fænomenologiske teori om selv og identitet taler man om forskellige *bevidsthedsniveauer.* Det dybeste niveau i identitetsfølelsen er det *præfleksive niveau*, den basale, implicitte, tavse, første-persons oplevelse af at være sig selv. Det er betingelsen for at kunne føre en normal tilværelse. Det er fra dette *minimale eller kerneselv,* at subjektiviteten opererer og sikrer fundamentale sider af vores mentale liv. Det næste niveau er *identitetens refleksive niveau*, følelsen af at være den samme over tid, det niveau vi oplever bevidst og reflekterer over og som giver os en følelse af kontinuitet over tid. Det tredje niveau er *den bevidste narrative identitet*, som vi fortæller hinanden om, hvem vi er, vores erindringer, vores interesser, uddannelse, drømme for fremtiden osv osv. Som den opmærksomme læser nok har bemærket, svarer denne inddeling af bevidsthedsniveauer eller identitetsniveauer til A. Damasios tre trin i selvets udvikling i hans teori om bevidsthed og selvforståelse:

1. *Protoselvet*, det grundlæggende ubevidste automatisk registrering af kroppens indre tilstande.
2. *Kerneselvet*, hvor selvfornemmelsen bliver aktiveret i øjeblikket, "jeg oplever det".
3. *Det autobiografiske selv*, hvor man forbinder bevidste oplevelser over tid og skaber en fortælling om sig selv (A Damasio, 2019).

Det problem man kan møde i behandling af præpsykotiske eller psykotiske

patienter er, at man som terapeut glemmer eller ikke er tilstrækkelig opmærksom på *identitetens prærefleksive niveau* eller på forstyrrelser i protoselvet. Man kan af den grund komme til at misforstå patientens egentlige problematik og grunden til deres udtalte personlige og relationelle vanskeligheder.

EASE manualen og dens 5 domæner

Som bekendt er diagnosticering af mentale forstyrrelser et meget omdiskuteret emne. Et af de største problemer i den forbindelse er at diagnoserne ofte opfattes som rigtige, fuldkomne og stabile definitioner af forskellige lidelser, hvad de ikke er. Sindet er abstrakt og under konstant forandring. Det er derfor ikke muligt at veje og måle det en gang for alle. Selvforstyrrelser som anvendes til beskrivelse af fænomenerne i forbindelse med psykosenære tilstande, højrisikotilstande eller prodromale træk har *ikke* karaktær af diagnose. De har dog fælles træk med diagnoserne, idet de begge er kliniske begreber, som hjælper os til at tænke systematisk om de observerede fænomener. Den systematiske indsamling af væsentlige mentale fænomener er betingelsen for bedre at kunne forstå patientens tilstand og derved at kunne svare på patientens og de pårørendes fortvivlede spørgsmål: Hvad er der i vejen med mig? hvad sker der med mig? Hvad kan man gøre ved det? En udredning og klassifikation af fænomenerne kan hjælpe med at svare på disse basale spørgsmål.

Systematisk undersøgelse af basale selvforstyrrelser har været motiveret af behovet for større præcision i den kliniske beskrivelse af patienter i risiko for at udvikle psykoser. Dette behov er blevet aktualiseret af, at et signifikant gruppe patienter beskrevet ved brug af officiel anerkendte instrumenter som værende i ultrahøj risiko for psykose har vist sig *ikke* at udvikle psykoser i efterforløbet (Yung & Nelson, 2013).

The Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) (Parnas et al, 2005) er et semistruktureret instrument til undersøgelse af basale selv-bevidsthedsforstyrrelser. Instrumentet er udviklet ved hjælp af personlige beskrivelser fra patienter diagnosticerede med lidelser indenfor det skizofrene spektrum. Instrumentet er meget deskriptivt og har størst differentiel diagnostisk relevans for lidelser indenfor det skizofrene spektrum, prodromale tilstande, skizotypiske tilstande eller ved psykotiske tilbagefald.

EASE indeholder 57 oplevelser af selv-forstyrrelser som opleves af patienterne i

den prodromale fase og i mindre grad under den fuldt udviklede psykose. Nogle af dem er meget karakteristiske for de patienter, som udvikler psykotiske forstyrrelser mens andre er mindre karakteristiske og også ses ved andre mentale forstyrrelser. Manualen kan også bruges som et mål for lidelsens sværhedsgrad, da de enkelte items kan kvantificeres og skalaen opsummeres til en sum-score. Forfatteren understreger dog, at det vigtigste ved EASE er skalaens kvalitative aspekter. Understregning af skalaens kvalitative aspekter skyldes forfatterens vægt på, at *behandlingen* kun kan bestemmes på baggrund af forstyrrelsernes kvalitative mønster, det vil sige de specifikke mønstre hos den enkelte patient.
EASE´s 5 domæner er

1. Kognition og bevidsthedsstrøm
2. Selv-bevidsthed og tilstedeværelse
3. Kropslige oplevelser
4. Afgrænsning/transitivisme
5. Eksistentiel reorientering

Bogen giver en definition og en bredere beskrivelse af hvert enkelt domæne, som gør de til tider vanskelige begreber forståelige og klinik nære. Hvert domæne bliver illustreret med en række patientudsagn som gør domænerne umiddelbart tilgængelige. For eksempel under domæne 2, Selvbevidsthed og tilstedeværelse nævnes blandt andre følgende patientudsagn:

- Det er ligesom der ikke er mig som gør tingene
- Noget har trukket personligheden ud af mig
- Et eller anden inde i mig er blevet ikke-menneskelig
- Jeg har ikke en indre kerne
- Det er ligesom jeg har ophørt med at eksistere
- Verden omkring mig er en illusion

Under domæne 5, Eksistentiel reorientering, hvis mening kan være svært at begribe, idet det angår fundamentale ændringer i ens metafysiske syn på verden, eksistentiel væren i verden og mål i livet, nævnes blandt andet følgende patientudsagn:

- Jeg er nødt til at definere og analysere alt det jeg tænker over
- Jeg er nødt til at finde nye begreber om verden og om den menneskelige eksistens

- Nye ideer om overnaturlige fænomener overtog efterhånden alt min tænkning og mit liv
- Jeg fik en svævende følelse af, at kun det jeg ser eksisterer, men straks efter forstod jeg at det var meningsløst
- Jeg undrer mig ofte over om verden eksisterer i virkeligheden

Dette ultrakorte referat af bogens beskrivelse af EASE manualen og dens domæner yder ikke retfærdighed til emnets betydning og kompleksitet. Forfatteren gør meget ud af at understrege, at instrumentets domæner er dimensionale aspekter af et sammenhængende hele, det vil sige dele af et overordnet gestalt, og ikke må opfattes som selvstændige symptomer. Vægten bliver hele tiden lagt på den enkelte patients særlig konstellation af selvoplevelser og dens betydning for den individualiserede behandling.

Subjektivitetens rolle i forskellige forståelsesmodeler af psykoser

Inden beskrivelse af subjektivitetsmodellens psykoterapeutiske metode sammenligner forfatteren modellen med andre forståelsesmodeller som neurokognitive og kognitiv terapeutiske modeller og endelig forskellige former for psykoanalytiske og eksistetiel terapeutiske modeller. Der bliver bemærket at vigtige psykoanalytiske teoretikere som Kernberg og Cullberg beskæftiger sig med fænomener som identitetsdiffusion eller selvforstyrrelser, og at disse begreber ligger tæt på fænomenologiens begreber om basale selvforstyrrelser. Dette til trods mener forfatteren ikke, at den psykoanalytiske teori har beskæftiget sig med subjektiviteten som bevidsthedens iboende struktur, og at den derved har overset en fundamental del af de nærpsykotiske og psykotiske patienters basale forstyrrelser. Forskellen mellem den fænomenologiske forståelse og for eksempel den psykoanalytiske selvpsykologi er ifølge forfatteren ret afgørende. Selvpsykologien fokuserer på selvets udvikling i barndommen og ungdommen i retning af det modne selv, mens fænomenologien fokuserer på *bruddet* i subjektiviteten og selvbevidstheden, som finder sted i en bestemt periode af puberteten eller ungdommen. Fænomenologien fokuserer som sagt på den basale, implicitte selvoplevelse, den prærefleksive og præverbale identitetsoplevelse. At miste sig selv eller sin identitet betyder i denne forståelse noget andet end det, disse ord udtrykker i den psykoanalytiske selvpsykologi.

Den eksistentialistiske terapi skulle ifølge forfatteren være nemmere forenelig med subjektivitetsmodellen, idet den eksistentialistiske terapi lægger vægt på en

undersøgelse af patienternes selvnarrativ og livshistorie, og fordi den lægger større vægt på menneskets ansvarlighed og mulighed for selvbestemmelse. Argumentet er dog modsætningsfyldt og ikke nemt at følge, da disse fokusområder også er fremtrædende i den psykoanalytiske terapi, og at det netop er patientens tab af blandt andet følelse af ejerskab og selvbestemmelse, som karakteriserer selvforstyrrelserne i den fænomenologiske forståelse.

Det vigtigste budskab i kapitel 11 og 12 er at behandling af psykoser er så mangefacetteret, at subjektivitetsmodellen ikke kan stå alene og må betragtes som et supplement til de forskellige behandlingsperspektiver, som moderne psykosebehandlinger baserer sig på.

Terapeutiske forhindringer og nødvendige betingelser

Bogens sidste kapitler har fokus på psykoseterapiens betingelser og metode. Det overordnede formål i psykoseterapi er som i andre former for psykoterapi at forbedre forståelse af lidelsen, medvirke til dens transformation, og at forebygge tilbagefald. Den grundlæggende terapeutiske holdning er en åben og nysgerrig undersøgelse af patientens oplevelser, samt en fælles refleksion over dem med det formål at medvirke til skabelse af ny mening.

Det specifikke ved psykoseterapi i forhold til andre psykoterapier er, at en række betingelser skal være opfyldt for at kunne udvikle sig i positiv retning. De emner eller temaer som patienten bringer frem under samtalen, er de samme som plager ikke- psykotiske patienter. Relationelle problemer i familien eller på arbejde, følelsesmæssige vanskeligheder og konflikter, identitetsproblemer m.m. Men udover disse fælles temaer er der en række vanskeligheder, som er specifikke for psykotiske patienter og som man må tage høje for, hvis man vil gøre sig håb om en positiv udvikling. Den første forhindring på vejen er, at patienten kan have umådeligt svært ved at udtrykke de særprægede selvoplevelser med ord. Specielt i lidelsens første fase er oplevelserne ustabile, ”flydende” og vanskelige at begribe. Afhængig af konteksten vil de iøvrigt være mere eller mindre fremtrædende under samtalerne. De kan stort set være fraværende under trygge forhold men kan blive udtalte i situationer, hvor patienten føler sig utryg f.eks ved en akut indlæggelse.

Følgende tre betingelser skal være opfyldt for at sikre psykoseterapiens positive effekt.

1. *Patienten må kunne genkende oplevelserne som sine egne.* Hvis patienten er plaget af udtalte selvforstyrrelser i domænerne selv-bevidsthed eller afgrænsning (se ovenfor) og føler at han har mistet sin indre kerne eller ikke kan adskille egne tanker eller følelser fra andres, vil drøftelser om følelsesmæssige konflikter være uden *personlig* relevans for patienten. Patienten vil miste motivationen for deltagelse i samtalen og i værste fald vil bestræbelserne for at fremme en personlig refleksion udvikle sig til psudomentaliserende eller hyperreflektive monologer om eksistentielle, religiøse eller filosofiske emner, som ikke er forankret i patientens konkrete liv.
2. *De omtalte emner og oplevelser* må have *en indre sammenhæng og personlig mening for patienten.* Den indsigt om sig selv som tilstræbes ved psykoterapi er betinget af evnen til at se sit liv i tidssammenhæng og i sammenhæng med andre. Ved forstyrret subjektivitet kan disse evner være ustabile og det psykoterapeutiske forløb vil af den grund blive skadet. Under disse omstændigheder må problemerne i patientens fornemmelse af indre sammenhæng og personlig mening være i forgrunden under terapien.
3. Endelig må *oplevelserne kunne deles i en intersubjektiv udveksling.* Som nævnt kan patienten have meget svært ved at udtrykke de følelser af uvirkelighed, der plager dem, og lige så svært ved at genkende andres beskrivelser af deles egne tanker eller oplevelser f. eks. terapeutens. Forstyrrelser i subjektiviteten forstyrrer muligheden for intersubjektivitet og derved mulighed for interpersonel udveksling under terapien.

Disse tre nødvendige betingelser eller mulige terapeutiske forhindringer er så betydningsfulde at de altid må tillægges en særlig betydning i terapien.

Psykoterapiens to forskellige synsvinkler, den almene og den psykosespecifikke synsvinkel

Forfatteren bemærker, at i psykoseterapi er det af pædagogiske grunde gavnligt at adskille psykoterapiens almene eller generelle dele fra de psykosespecifikke dele. Målet ved de almene terapeutiske opgaver er refleksion og forøget indsigt i de emotionelle vanskeligheder, det enkelte individ kan møde i livet i forhold til sig selv og andre. Forståelse af intrapsykiske og interpersonelle konflikter og modulering af vanskelige følelser i processen er med andre ord psykoterapiens fælles målsætning. Den terapeutiske relation og håndtering af den under processen er den vigtigste eller en af de vigtigste faktorer for terapiens positive effekt.
Disse almene psykoterapeutiske opgaver gælder også i psykoterapi af psykotiske

eller nærpsykotiske patienter. Psykotiske patienter kæmper som alle andre med at forstå, håndtere og modulere relationelle og personlige konflikter. Men i psykotiske eller nærpsykotiske tilstande kan disse fælles menneskelige problemer ikke forstås, drøftes og søges forandret ud fra en fælles forståelsesplatform. Som nævnt ovenfor savner patienter med selvforstyrrelser i større eller mindre grad præmisserne for at forstå problemernes personlige udgangspunkt og mulighed for at samarbejde med terapeuten om skabelse af en ny mening. Hvis oplevelserne føles som upersonlige, fjerne eller uvirkelige, kan det psykoterapeutiske grundlag og mulighed for forandring vakle. En intakt subjektivitet er derfor på paradoksal vis en betingelse for den generelle eller almene psykoterapeutiske behandling.

Af disse grunde skal opmærksomheden i psykoterapiens første faser være rettet imod de psykosespecifikke felter. Patientens grundlæggende oplevelse, den oplevelse som hele hans tilværelse drejer om i den prodromale og psykotiske fase er oplevelsen af en tiltagende panik forbundet med oplevelsen af eksistentielt sammenbrud. Terapeutens opmærksomhed må derfor i begyndelsen være rettet imod disse psykosespecifikke områder. De tre sammenhængende psykosespecifikke fokusområder bliver da:

1. *Støtte patientens basale identitet* ved spejling og validering af at være sig selv trods forandringerne, at tanker og følelser om de oplevede forandringer er egne tanker og følelser.
2. *Støtte relationen og dialogen*. Når patienten udviser tegn på konfusion eller fremmedhed i situationen, når han f.eks. spørger om ”hvad betyder at have en dialog. Har vi haft en dialog nu? ” må terapeuten fokuserer på disse følelser og deres baggrund i den terapeutiske situation.
3. *Støtte empatien og intersubjektiviteten* i den terapeutiske relation. Terapeutens spejling og validering af patientens subjektive oplevelser, også af dem som har karakter af selvforstyrrelser, kan åbne op for en oplevelse af empati og sympati mellem terapeut og patient og derved skabe en bro over forståelseskløften, den kløft som Jaspers udtrykte med sin pessimistiske ”das nicht einfulbare”.

Skitse af en 7-trins behandlingsmodel

Bogen slutter med to kapitler, hvor forfatteren beskriver og diskuterer indgående behandlingsmodellens 7 trin, dens implementering og aktuelle videnskabelig

status. Efter igen at understrege modellens begrænsninger, ”alle modeller er forkerte, men nogle er brugbare (Box, 1976) ” bemærkes at opmærksomhed på selvforstyrrelser ikke må ske på bekostning af andre vigtige temaer. På den anden side vil selvforstyrrelserne ofte ligge under patientens fremtrædende problemer og vil pludseligt komme i forgrunden i terapien. De enkelte trin i modellen kan derfor skifte fra at være terapiens baggrund til at komme i forgrunden. Opmærksomhed omkring og brugen af disse trin må altid ske parallelt med opmærksomhed på vigtige terapeutiske temaer: patientens emotionelle og relationelle temaer, angst og depression med deres stærke eksistentielle over- og undertoner, dybe følelser af skyld, skam og ensomhed, selvdestruktive og suicidale impulser m.m.

Af plads hensyn vil jeg her nøjes med at citere overskrifterne for de 7 trin i håb om, at det kan motivere læseren til at gå videre med læsning og selvstudie af denne væsentlige bog.

- Trin 1. Hvilke fænomener oplever patienten? En systematisk fælles overblik.
- Trin 2. ”Viden om sindet”. En psykoedukationel læring om subjektivitet og om at være sig selv.
- Trin 3. Atribution. Hvilke mening har oplevelserne fået tilskrevet?
- Trin 4. ”Viden om sindet”. Alternativ forståelse af oplevelserne i lyset af subjektivitet og selvet.
- Trin 5. Rationalet bag den udviklede personlige mening: Hvordan blev det sådan?
- Trin 6. Fra tanker og forestillinger til adfærd og funktion.
- Trin 7. Ny-atribution. Nye tolkninger af oplevede fænomener kan skabe nye meninger og ændre selvforståelsen.

Alle kapitler er forsynet med fyldige litteraturreferencer. Bogen er yderligere forsynet med et appendiks med Screen Questionnaire for EASE- sex items (SQuEASE-6) og et fyldigt Index.

BOGANMELDELSE

Kammerspill: Barnet i psykoanalysen

Evelina Čiapaitė, Henrik Kamphus, Linda Johanne Rolfsen, Ingeborg Aarseth

(Henrik Kamphus & Jon Morgan Stokkeland, redaktører)
318 s. Perpleks Forlag 2024 | ISBN 978-82-693048-3-1

Af Annette Esbensen[1]

Forfatterne præsenterer kliniske og teoretiske eksempler på, hvordan det kan se ud, når et barn eller ung er i psykoanalyse. Herunder ikke mindst betydningen af forældresamarbejde og spædbarnsobservation.

Forfatterne skriver på en rørende og nænsom måde, så det psykoanalytiske rum med barn og psykoanalytiker fremstår levende. Modoverføringen og overføringen gengives tydeligt og generøst, og så sanseligt, at det nærmest er som at være til stede i samtalerummet. Samtidig genfindes barnets og psykoanalytikerens forestillinger og følelser i arbejdet med «det lille barn» i den voksne analysand – og derfor henvender bogen sig ikke kun til børnepsykoanalytikere.

Som helhed får bogen mig til at tænke på sangen "Du spør mig om håbet" af Lisbeth Smedegaard Andersen og Mads Granum (2022), hvor de skriver:

Du spør mig om håbet – hvad er det
en længsel en stemning en storm?
en lysstribe ud over havet
en skygge der søger sin form?
men bedst som du tænker der ingenting er
så findes det håbet så findes det dér

1. Annette Esbensen, lektor ved Institut for Kultur- og Sprogvidenskaber, Syddansk Universitet

Bogen består af 12 kapitler, og den har forord af Jon M. Stokkeland, indledning af Henrik Kamphus og efterord af Torberg Foss.

I indledningen med overskriften "Oppdage, ikke opdrage!" introduceres til den børnepsykoanalytiske tænkning og uddannelse.

I det følgende vil jeg kort beskrive uddrag fra de enkelte kapitler, og jeg håber, at jeg får præsenteret kapitlerne på en måde, som forfatterne kan genkende:

Kapitel 1,

"Den minste gutten på Tumleplassen. Om det psykosomatiske paret", skrevet af Linda J. Rolfsen, tager udgangspunkt i et førskolebarn, Gabriel, som lige efter fødslen blev opereret. Efter operationen var det vanskeligt at trække vejret, og drengen havde hyppige infektioner. Angsten for adskillelse og tilintetgørelse er centrale temaer.

Kapitel 2,

"Ta på deg mine sko! Om katastrofer og tap hos en ni år gammel gutt", skrevet af Ingeborg Aarseth, refererer blandt andet til Melanie Kleins og Wilfred Bions teorier. Der er fokus på en dreng, Chris, og det tætte forældresamarbejde, hvor angsten for separation og tab belyses med eksempler (fx når en bold forsvinder fra samtalerummet og tages med hjem af Chris, eller når han selv bliver det fortabte objekt ved at udeblive fra en session, eller når han insisterer og siger midt i en session "få passordet ditt…jeg skal inn på nettverket ditt… jeg S-K-A-L I-N-N!").

Kapitel 3,

"Det er IKKE god jul! Å forstå psykisk realitet og å få et autistisk barn i tale", skrevet af Evelina Čiapaitė, handler om en dreng, David, som ikke har meget verbalt sprog. Klæbrig identifikation, separation og angsten for tilintetgørelse bliver belyst. Forældrene bliver skilt undervejs i forløbet, og David er i stand til at udtrykke tristhed forbundet hermed gennem legen. Langsomt kommer der flere ord, og David siger i forbindelse med en ferie "Ha det b..a."

Kapitel 4,

"I den sorte gryde. Iscenesettelser av maktkamp og nød", skrevet af Henrik Kamphus, tager udgangspunkt i Martina, som fra begyndelsen afviser enhver kommentar og tolkning og udviser et intenst behov for kontrol (fx siger Mar-

tina: "Hvor lenge varer en time her?..Si det da! 44 minutter? Det betyr…eller, har vi passert over halvveis? Men seriøst! Si det da! Er det sa vanskeligt for deg? Har du tungt for det?") – og efterlader analytikeren som den lidende og som den, der har brug for hjælp. Refleksioner om narcissistiske organisationer og Wilfred Bions 'attacks on linking' inddrages blandt andet.

Kapitel 5,

"Medusas datter. Psykosomatiske gåter", skrevet af Linda J. Rolfsen, handler om relationen mellem kroppen, det ubevidste og sproget hos en teenager, Julie. Psykosomatiske paradokser forbundet med fx seksualitet, separationsangst og mor-datter-relationen belyses.

Kapitel 6,

"Å fange inn objektrelasjoner. Om lekeobservasjon", skrevet af Henrik Kamphus, indledes med en beskrivelse af fremgangsmåden og rammerne for legeobservation. Derefter illustreres en legeobservation med udgangspunkt i et klinisk eksempel.

Kapitel 7,

"Håpet og sorgen ligger i melka. En spedbarnsobservasjon", skrevet af Ingeborg Aarseth, beskriver den psykoanalytiske spædbarnsobservation som metode og derefter klinisk materiale, hvor drengen Marius følges i det første leveår. Der præsenteres observationer og refleksioner for hver måned.

Kapitel 8,

"Tid til å forstå og å tenke sammen. Foreldrearbeid i en barneanalytisk prosess", skrevet af Ingeborg Aarseth, beskriver forældrearbejdet i teori og praksis, herunder hvordan forældrenes egen containing-funktion kan styrkes, og skabe et faciliterende miljø, hvor der kan reflekteres over "hvem er barnet mitt?".

Kapitel 9,

"Møter gjennom generasjoner. Om foreldrearbeid i barne- og ungdomspsykoanalyser – En samtale med Ingeborg Horgen Skjønsberg", er skrevet af Evelina Čiapaitė. Kapitlet italesætter det psykoanalytiske rum, mellem barn og psykoanalytiker, og hvordan barnets forældre bevidst og ubevidst påvirker dette rum. For eksempel hvordan barnets ubevidste forestillinger om forældrenes barndom, relationen mellem forældrene og måske transgenerationelle traumer inddrages i det analytiske arbejde.

Kapitel 10,

”Om Françoise Dolto og barneanalysen i Frankrike”, skrevet af Linda J. Rolfsen, indeholder et særskilt kapitel udelukkende om Françoise Dolto og hendes betydning for den børnepsykoanalytiske tænkning, ramme og forældrearbejde.

Kapitel 11,

”Den lille i den store. En samtale om infantile lommer på Freuds Bar”, skrevet af Linda J. Rolfsen, Evelina Čiapaitė og Esther Ringdal, beskriver, hvordan Freuds Bar (i Litteraturhuset i Oslo) og Norsk Psykoanalytisk Forening danner rammen for psykoanalytiske initiativer og aktiviteter – så psykoanalysen når offentligheden. I dette kapitel gengives en samtale mellem Evelina Čiapaitė og Esther Ringdal ved Freuds Bar i 2019, hvor Linda J. Rolfsen var moderator.

Kapitel 12,

”Ikke mer å miste. Avslutning av en psykoanalyse – når er tiden inne?”, skrevet af Ingeborg Aarseth, beskriver teoretiske og kliniske overvejelser for at tænke over hvornår en analyse slutter. Klinisk tages der udgangspunkt i en 12-årig pige, Molly, som har erfaring med tab af nære relationer og er angst for at miste.

I efterordet, som har overskriften ”Læretid”, har Torberg Foss fokus på, at alle bogens fire forfattere har været i lære hos Anne Kristin Rustad, og at det binder dem sammen. Med bogen er de fælles om at videregive erfaringer og stemninger, som de selv har gennemlevet.

Dermed bliver bogen på flere måder et billede på, at vi alle har barnets stemme i os, selv som voksne, ligesom vi alle har en mor.

Bogen er velskrevet og anbefalelsesværdig. Som læser bliver du fra begyndelsen nysgerrig på, hvad det næste kapitel i bogen mon indeholder. Tak for behagelig læsning, som ikke kun er berigende og dragende klinisk, men også teoretisk.

BOGANMELDELSE

Narcissisme i samtidskulturen, personlighedspatologi og psykoterapi

Alf Carsten René Jørgensen
Hans Reitzels Forlag 2025

Anmeldt af Tine Harpøth[1]

Med sin bog "Narcissisme – i samtidskulturen, personlighedspatologi og psykoterapi" kaster Carsten René Jørgensen lys på udfordringer med nutidens forståelse og anvendelse af narcisismebegrebet og fremhæver et behov for en mere dybdegående og nuanceret forståelse end den, der ofte anvendes både i offentligheden og i dele af faglitteraturen.

I bogens indledning og første kapitel præsenteres en grundlæggende pointe - at skelne mellem grandiose og sårbare manifestationer af narcissisme. Narcissisme kan på ingen måde "reduceres til åbenlyst grandiose forestillinger om egen betydningsfuldhed og tilsyneladende uantasteligt højt selvværd" (s. 10), men hænger i høj grad sammen med sårbarhed, herunder et skrøbeligt selvbillede og selvværd, der er afhængig af andres eksplicitte bekræftelse. Sårbar narcissisme manifesterer sig ved trang til at trække sig fra dybere kontakt til andre, en trang til at beskytte et sårbart selv ved at søge tilflugt i lidt overdrevne og urealistiske forestillinger om sig selv, et indre univers præget af fantasier om egen selvtilstrækkelighed og uafhængighed af andre. Flere forskelligartede betydninger af narcissisme introduceres som psykologiske fænomener og processer, der i varierende grad lapper ind over hinanden og er indbyrdes forbundne.

1. Tine Harpøth, cand.psych.aut, PhD & specialist i psykoterapi. Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstaden. tine.stougaard.dall.harpoeth@regionh.dk

I kapitel 2 introduceres narcissismebegrebets historie med afsæt i den græskromerske myte om den unge jæger Narcissus og Freuds klassiske arbejde og introduktion af narcissisme som både et element i menneskets psykologiske udvikling og en svær psykisk forstyrrelse. Hernæst præsenteres hvordan henholdsvis almenpsykologien og den kliniske psykologi benytter samme narcissismebegreb, dog uden at henvise til samme fænomen, hvilket let kan give anledning til forvirring. Kapitlet beskriver grundigt og opsummerer i overskuelige tabeller (s. 72-75 og s. 80-82) elementer af grandios og sårbar narcissisme som de to overordnede manifestationer af patologisk narcissisme samt højt fungerende narcissisme, hvor sidstnævnte normalt ikke er patologisk. Endelig runder kapitlet sammenhænge mellem narcissisme og destruktiv skam.

Kapitel 3 koncentrerer sig om patologisk narcissisme og gennemgår de diagnostiske kriterier, samt de udfordringer, der kan være forbundet med at stille og kommunikere en narcissistisk personlighedsforstyrrelsesdiagnose (NPD). Med inddragelse af empiriske studier skitseres hvordan NPD kan adskilles fra andre personlighedsforstyrrelser og hyppigt forekommende, komorbide symptomlidelser, forbindelser til forøget selvmordsrisiko, samt en række bud på mulige årsager til patologisk narcissisme, herunder relationelle vanskeligheder og forstyrret tilknytning. Desuden berøres narcissisme hos ledere og sammenhænge mellem narcissisme og aggression. Forfatteren har tydeligt gjort sig umage med at formidle resultater fra empiriske studier på en forståelig og klar måde. Dele af kapitlet fandt jeg dog lidt springende og løsrevet. En klar styrke ved kapitlet – som præger hele bogen - er de følgende grundige beskrivelser af centrale elementer af Heinz Kohuts selvpsykologiske og Otto Kernbergs objektrelationteoretiske narcissismemodel, der markeres som de to vigtigste bidrag til forståelse af normal og patologisk narcissisme. Afslutningsvist rundes kort John Steiners teori om trang til at konstruere indre psykiske gemmesteder og undgå dybere følelsesmæssig kontakt til sig selv og andre som strategier til psykisk overlevelse, der ofte ses hos personer med svære narcissistiske forstyrrelser. Forfatteren har her succes med at formidle sig på en enkel, overskuelig og inspirerende måde.

Kapitel 4 fokuserer på hvordan narcissismebegrebet kan inddrages i perspektiver på samfundskulturen, herunder i beskrivelser af tendenser i senmoderne vestlige og individualistiske kulturer begyndende i 1970'erne. Forfatteren udtrykker en bekymring for at narcissismebegrebet af nogle anvendes upræcist og bidrager til en understrøm af patologisering af kulturelle forandringer og subkulturer,

man ikke bryder sig om. Kapitlet bidrager til at understrege betydningen af den samfundsmæssige kontekst et individ befinder sig i, behovet for en kulturel kontekstualisering af psykiske lidelser og rummer en diskussion af hvorvidt en senmoderne kultur bidrager til narcissisme og kan betegnes "narcissistisk". Kapitlet afrundes med en kort behandling af teorier om kollektiv narcissisme, der kan anvendes til at forstå stærke affekter i sociale grupper og samfundsmæssigt problematiske fænomener, der bl.a. kan være drevet af narcissistisk raseri og oplevede krænkelser.

Narcissismebegrebet kan inddrages i perspektiver på samfundskulturen, herunder i beskrivelser af tendenser i senmoderne vestlige og individualistiske kulturer begyndende i 1970'erne.Selvom forfatteren fremhæver, at det psykoterapeutiske arbejde med patologisk narcissisme ikke adskiller sig afgørende fra behandling ved andre relativt svære personlighedsforstyrrelser, argumenterer han for, at der nogle særegne udfordringer ved narcissisme. Desuden påpeges, at man som terapeut skal være opmærksom på hvorledes egne narcissistiske behov, kan blive bragt i spil i det psykoterapeutiske arbejde og i samspillet med patienten. Forfatteren inddrager bl.a. Kohuts, Kernbergs og Steiners teorier (som beskrevet i kapitlet 3) i sine anbefalinger af overordnede psykoterapeutiske principper for behandling af patologisk narcissisme. Det opleves frisættende, når det fremhæves at hjælpe mennesker med patologisk narcissisme ikke er "en teknisk opgave, men en menneskelig opgave … som ikke kan reduceres til konkrete teknikker, der kan formuleres i manualer og retningslinjer" (s.320). Det er muligt, at jeg er præget af "tænkning om forvaltning, standardisering og effektivisering" (s. 320), når jeg kunne have ønsket mig mere eksplicitte overvejelser omkring det psykoterapeutiske arbejde med narcissisme i gruppeterapi.

Bogen er anbefalelsesværdig for alle i klinisk praksis, om end den bevæger sig langt overvejende inden for en psykodynamisk/psykoanalytisk tradition. Jeg vil dog mene, at man uanset teoretisk ståsted vil kunne få styrket sit psykoterapeutiske fundament ved en øget opmærksomhed på og mere dybdegående forståelse for narcissismens elementer. Det er muligt, at en bredere skare af engagerede læsere vil finde bogen interessant, om end den rummer en vis teoretisk tyngde med vægt på forståelse af patologisk narcissisme og psykoterapeutisk arbejde. Jeg fandt det særligt interessant og hjælpsomt med øget fokus på manifestationer af sårbar narcissisme, da den som oftest først viser sig efter længerevarende kontakt, formentlig er vanskelige at tage ejerskab for og må forventes at have en væsentlig vedligeholdende funktion i forhold til mangel på dybere kontakt til

andre mennesker. Trods gentagne psykoterapeutiske behandlingstilbud på baggrund af symptomlidelser rummer psykiatrien desværre fortsat en del mennesker, der er forpint af psykisk smerte, meningsløshed og dyb ensomhed. Bogen tilbyder et medfølende sprog og en øget forståelse, som bidrager til større åbenhed og nysgerrighed. Korte, skønlitterære referencer og citater fra fx Tove Ditlevsens forfatterskab tilføjer en ellers ret teoretisk og empirisk drevet bog liv og kontekst. Psykoanalytisk inspirerede tanker bliver sat i spil på en måde, der fortsat er relevant for et moderne menneske og de udfordringer, vi oplever i nutiden – i klinisk praksis og i samfundet. Jeg har dyb respekt for forfatterens erklærede håb om at bidrage til en mere substantiel og empatisk forståelse af mennesker med patologisk narcissisme. Det lykkes han i den grad med.

Oplysninger:

Tine Harpøth, cand.psych.aut, PhD & specialist i psykoterapi med voksne. Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Ambulatorie for Personlighedsforstyrrelser & PTSD, Region Hovedstaden.

E-mail: tine.stougaard.dall.harpoeth@regionh.dk

BOGANMELDELSE

Mentalisering og psykodynamisk organisationspsykologi

Individ, gruppe, organisation, samfund

Redigeret af Torben Heinskou og Anette Højgaard Jønson
Hans Reitzel 2024

Af Susanne Broeng[1]

Indledning

Mentalisering og psykodynamisk organisationspsykologi er en faglitterær bog, der kombinerer mentaliseringsteori med organisationspsykologi. Redaktørerne, Torben Heinskou og Anette Højgaard Jønson, samler bidrag fra flere forskere og praktikere for at give en dybdegående analyse af, hvordan psykodynamiske principper kan anvendes i organisatoriske sammenhænge. Bogen henvender sig til psykologer, ledere, organisationskonsulenter og andre professionelle med interesse for arbejdslivets psykologi.

Bogstruktur og hovedtemaer

Bogen er opbygget i flere kapitler, der hver især behandler forskellige aspekter af mentalisering i organisationspsykologien. Nogle af de centrale temaer inkluderer:

- Hvordan mentalisering kan forbedre ledelse og samarbejde i organisationer.
- Psykodynamiske perspektiver på arbejdsrelationer og organisationskultur.

1. Susanne Broeng. Ph.D., Cand.Scient.Soc. Aalborg Universitet. Hammergårdsvej 24. Aabybro. www.susannebroeng.dk

- Praktiske metoder til at arbejde med mentalisering i organisatoriske processer.
- Case-studier, der illustrerer, hvordan mentaliseringsteori anvendes i praksis.

Bogens kapitler bygger på en solid teoretisk forankring, men formidlingen er samtidig tilgængelig for læsere uden specialiseret forhåndskendskab.

Analyse og vurdering

Bogens styrke ligger i dens evne til at koble psykologisk teori med praktiske problemstillinger i organisationer. Heinskou og Jønson har samlet en bred vifte af erfarne forfattere, hvilket giver et nuanceret og tværfagligt perspektiv. Mentalisering er et centralt begreb inden for moderne psykologi, og bogen giver en overbevisende argumentation for, hvordan det kan bruges til at styrke organisatoriske processer og relationer.

En af bogens mest interessante pointer er, hvordan mentalisering kan bruges til at håndtere konflikter og fremme et mere empatisk og refleksivt arbejdsmiljø. Casestudierne tilføjer en praksisnær dimension, som gør teorierne mere anvendelige.

Dog kan nogle kapitler fremstå mere teoretisk komplicerede, hvilket kan være en udfordring for læsere uden en psykologisk baggrund. En større mængde konkrete eksempler kunne have øget tilgængeligheden.

Konklusion

Mentalisering og psykodynamisk organisationspsykologi er en værdifuld bog for alle, der arbejder med organisationsudvikling og ledelse. Den præsenterer en veldokumenteret og reflekterende tilgang til, hvordan mentalisering kan understøtte organisatoriske forandringsprocesser og skabe bedre arbejdsrelationer.

Bogen anbefales til psykologer, ledere, HR-professionelle og konsulenter, der ønsker en dybere forståelse af, hvordan psykodynamiske mekanismer påvirker organisationer, og hvordan man kan arbejde konstruktivt med dem.

KUNSTANMELDELSE

One-night Stands

Mette Sandfær[1]

Anmeldt av Silje Klippen

Assosiasjoner fra en kunstnersamtale

2.-4. august ble Mette Sandfærs utstilling ”One-night Stands” vist på Forhallen (TOU). I følgende tekst deler kunstpsykoterapeut og gruppeanalytiker Silje Klippen sin personlige opplevelse av en kunstnersamtale mellom Sandfær og kurator Markus Bråten, som fant sted i utstillingen. Klippen trekker linjer mellom verkenes uttrykk og eget personlig og profesjonelt liv, og spør: Hvem definerer verdien av et objekt eller et menneske?

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling ”One-night Stands”. Foto: Mette Sandfær.

1. Forhallen er et kunstnerstyrt visningsrom initiert av kunstnere ved Tou Atelierhus i Stavanger.

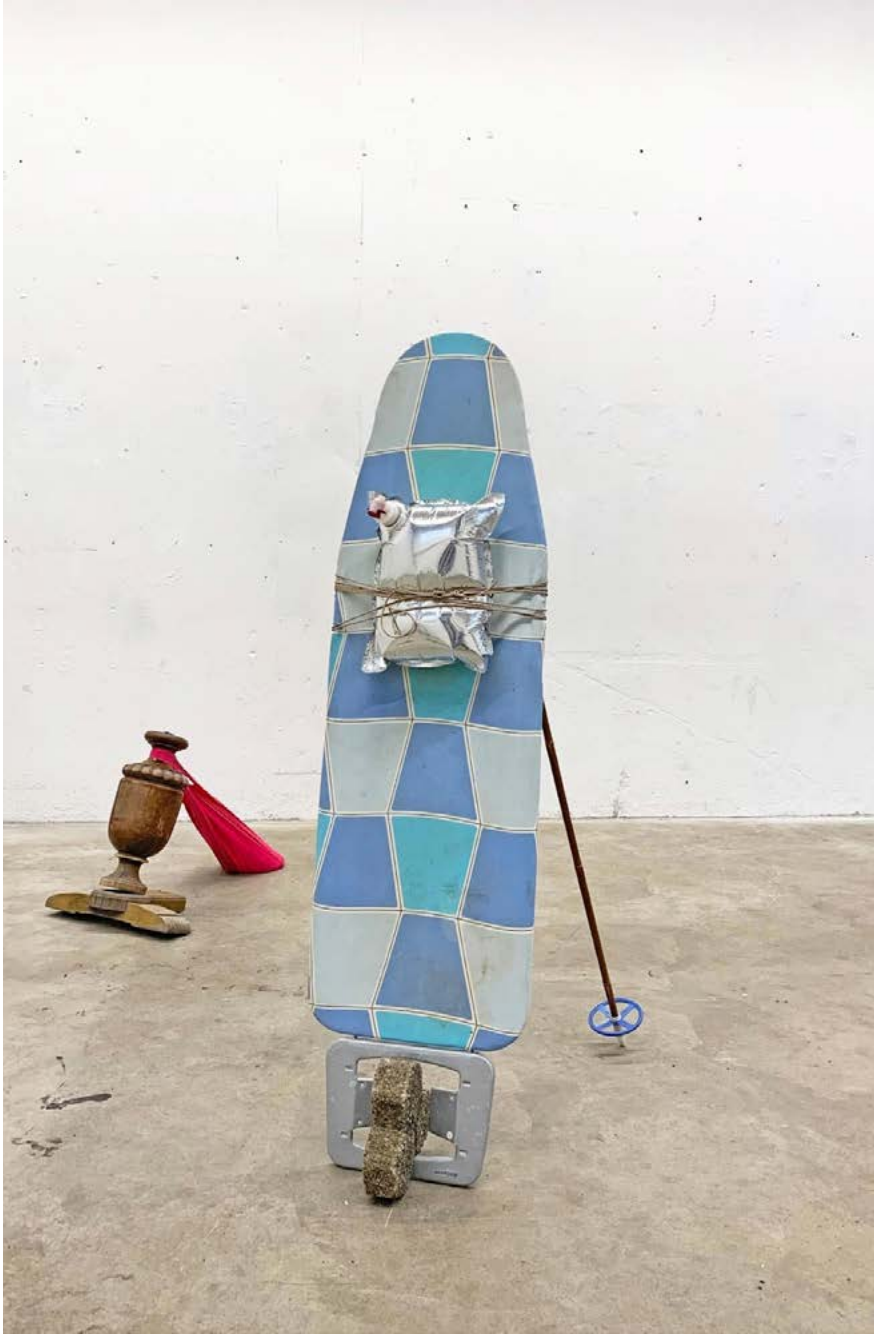
Vidåpne dører drar seinsommeren inn i Forhallen på TOU, hvor utstillingen *One-night Stands* av Mette Sandfær vises. Jeg er der for en kunstnersamtale mellom Sandfær og Markus Bråten. Stemningen er harmonisk og det er fint å se de solkyssede lokale kunstnerne igjen etter ferien. Under samtalen flyter assosiasjoner for meg som kunstpsykoterapeut og gruppeanalytiker – men kanskje mest av alt som individ.

For de som liker junkyards og ser på skrot i omgivelsene som potensielle skatter er det stimulerende å ta seg gjennom Mette Sandfærs utstilling. Installasjonene og skulpturene finurlig satt sammen, drevet frem av hennes personlige logikker. De funnede objektene hennes får nytt liv gjennom disse konstellasjonene. Ulike sammenstillinger setter fantasien i sving: Alt skrapet blir gjennom kunsten til ladede symboler, det røsker opp i meg og sender meg inn i ukonvensjonelle og underholdende tankebaner.

Hun snur på ting. Hun er modig. Hun byr på seg selv. I samtalen med Bråten forteller hun om karrierevalg, om å ha vært en dyktig designer, hatt anledning til å kunne "shoppe" jobber, før tiden slår om og hun opplever at kompetansen hennes blir avleggs. Hun blir overflødig.

"Jeg fyres."

Gjenstander fyller opp Sandfærs studio på grunn av deres potensielle kunstneriske nytteverdi. Hun knytter affekt til objektene, det er vanskelig å gi avkall. Men, med sin kapasitet for det imaginære og affiniteten til det ubrukelige, begår hun likevel stadig nye dykk i naboenes container gjennom sommeren. I One-night Stands peker hun på kondemnert hardplast, pulverlakkert stål og kanhende nabokonens elastiske polyester. T-shirts og tights har volum. Hun fyller dem. Gir skulpturene sine innslag av kropper. Det er lekent. I Sandfærs strukturer finnes det en tilforlatelighet hvor farger, elastisitet, vekter og andre bindinger gir balanse, hold og motvekt.



Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

KUNSTANMELDELSE

IDENTITET I BEVEGELSE

Det står et strykebrett støttet opp av to ben. Mer spesifikt et par skistaver fra 50-tallet. Slike jeg selv lærte å gå på ski med. Jeg ser for meg bildet av treåringen i albumet, over tregrensen på Jakobsbakken i Bodø. Brune bambusstaver. Sandfær har surret en beige klesline i gummi rundt brettet, den spiser seg inn i en oppblåst vinpose. Tom, selvfølgelig. Slike jeg selv har blåst opp for å få ut de siste dråpene. Jeg hører på samtalen, og tanken på å skulle stryke noen ting som helst ville oppleves som en form for stafett for meg.

For Sandfær som er danske bosatt i Norge, bærer ski og staver særegne sosiale og kulturelle referanser, knyttet til nordmenns identitet. Som nordmann selv får jeg åndenød av skulpturen. Sandfær inviterer oss til å tenke at vinposen gjemmer seg bak brettet, og gir oss med dette et lite glimt av sin egen ånd i dette verket.

For det er noe personlig, noe kroppslig her. Sandfær legemliggjør sine vesen: Hun setter sammen skulpturer av delobjekter hvis form og karakter vi kun får en fornemmelse for før hun plukker bestanddelene fra hverandre igjen. Ved utstillingens slutt stuer hun dem tilbake, inn i lasterommet på varebilen sin igjen. Blir dette eneste gang skulpturene står på denne måten?

I løpet av samtalen streifer tankene mine til et webinar jeg deltok på nylig, med tittelen *Intersectional Identities and Socially Unconscious Processes*, hvor de skjulte nyansene i oss var tema. Måten Sandfærs skulpturer er satt sammen på gjør at de blir stående som ulike personas, med eksponerte delpersonligheter. I kunstnerskapet virker det som om gjenstandene hennes blir del av en vedvarende strøm. På samme måte som identitet også er i bevegelse, hvor ulike aspekter av vår identitet fremstår i stadig nye variasjoner, er skulpturene hele tiden i nye samtaler med hverandre og omgivelsene: Sandfærs skulpturverden er i evigvarende metamorfose.

Sandfær deler at hun brukte å være redd for farger, men nå springer skulpturene mot oss, podet med farger fra readymades. Tankene hennes slår mot fremtiden; hun forespeiler oss at hun kommer til å male skulpturene.

"Da dræbe jeg dem!"

Blir det i så fall de ydmyke, oppstyltede objektenes siste instans? Kommer hun til

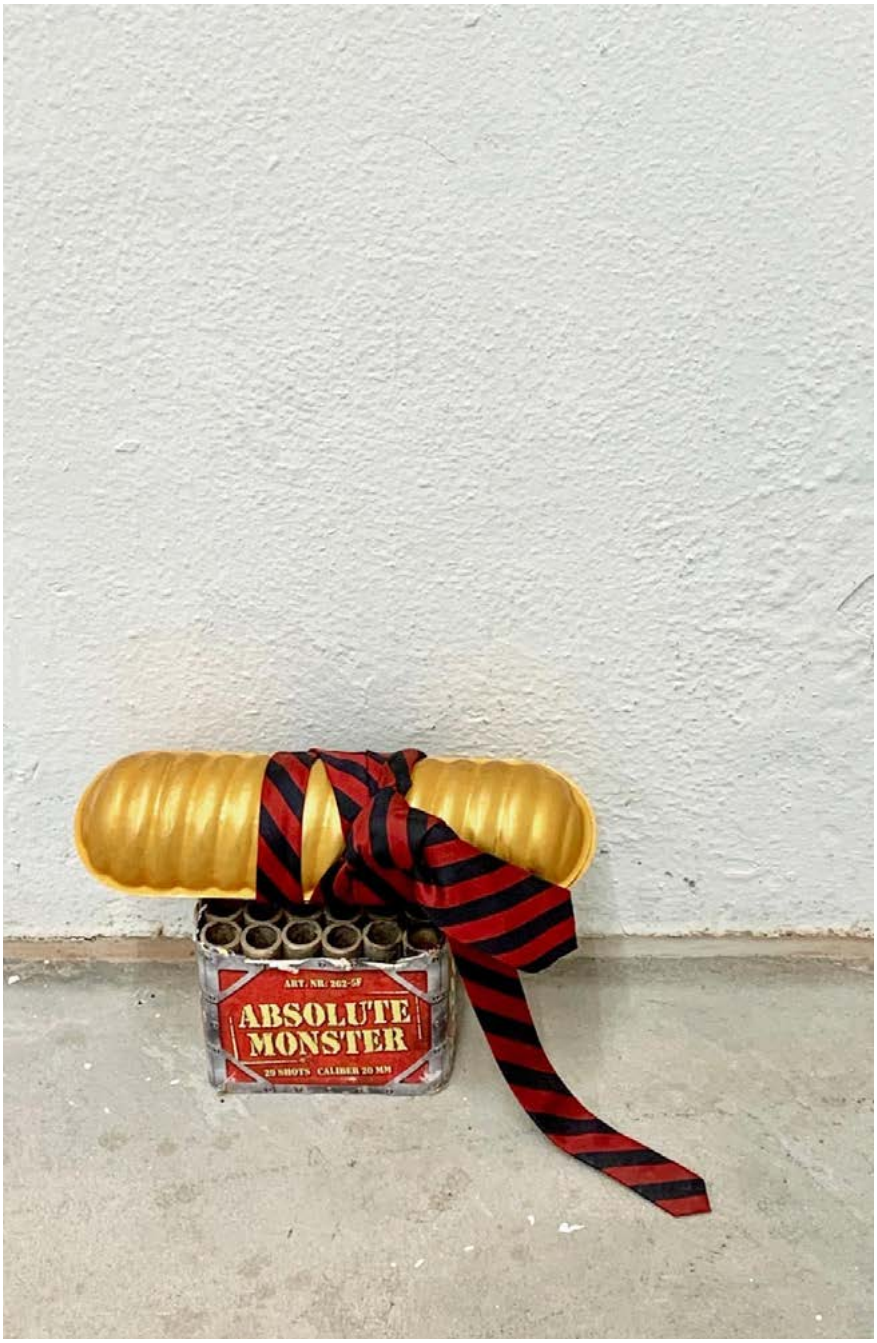
å gjøre det? Stemningen i henne er utydelig. Hvorfor? For å kassere objektene sine en gang for alle, eller for å fiksere dem inn i et bestemt verk? Er det en impuls i henne selv å rense opp i uttrykket, eller er det en forventning utenfra?

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

KUNSTANMELDELSE



Installasjonsbilde fra Mette Sandfærs utstilling "One-night Stands". Foto: Mette Sandfær

URØRT INDRE

Når jeg ser på estetikken i utstillingsrommet minner det meg om hvordan jeg har mekket sammen mitt eget liv. Å dekke over. Malingen kommer til å ligge som et lag oppå det opprinnelige. Samtalen kunstnerne mellom føles langt borte fra meg, det prates om form, farger og det iboende i materialene. Det vises til formødre og -fedre i postmoderne kunsthistorie, og kretses omkring det formale i faget. Jeg ligger bakpå i kunstfeltet, men i terapiverden kaller vi denne samtaleformen for intellektualisering. Det virkelig personlige, kunstnerens indre, får stå urørt av kuratoren gjennom hele kunstnersamtalen.

Ja, kanskje egne kjøreregler, metoder og kognitive rammeverk deles til humring og gjenkjenning fra forsamlingen. Men den indre symbolverden holder vi pusten fra. Sandfær innlemmer oss riktignok i noe når hun tar oss med til de vanskelige materialene; kan disse stå for noe som er uforløst, en indre konflikt som setter spenninger i henne?

Et par av objektene i rommet er smadret, håndtert til det ugjenkjennelige. I mine øyne ser de ut som forbundne kropper, som er uløselig ødelagte, selv etter forsøksvise reparasjoner med tape fra kunstnerens side. Jeg hører at objektene bar for sterke vitnesbyrd om det som var dem selv; at de kunne ikke la seg bruke uten å bli tatt over. Et øyeblikk blir jeg usikker på om det faktisk er Sandfær som sier dette, eller om dette er *min* indre stemme som tar over nå.

HVERT MØTE BLIR VAKKERT

Jeg har også One-night Stands. Slik Sandfær finner saker på veien sin som hun plukker med seg, så får jeg også mine cues. Landskapet jeg befinner meg i er uoversiktlig. "Between jobs". Sammenstillingen av elementene i livet mitt funker ikke for meg lenger. Jeg finner ikke balansen. Hvordan skal ting forstås? Hvordan skal jeg lese det som skjer i meg og med meg selv?

Gjennom IAGP, et internasjonalt forum for terapeutiske gruppeprosesser, fant jeg et smutthull. Jeg meldte meg på *Support Group for Russian Colleagues,* en støttegruppe som møtes gjennom Zoom. Målet med gruppen er å opprettholde kommunikasjonen mellom individer på kryss av grensene og de geopolitiske konfliktene, og å løse opp i skam og andre stigma som setter seg i oss gjennom sanksjoner og utestengning. I møtene på Zoom blir det tydelig hvordan krigen

kleber seg til de russiske kollegaene på et personlig plan. Sanksjoner og kollektiv avstraffing som Russland har blitt pålagt etter invasjonen av Ukraina preger deres individ. Nå føyer det seg inn i rekken av de kollektive generasjonstraumene deres, spor fra liv i totalitære samfunnsstrukturer. Støttegruppen har blitt et transkulturelt fellesskap, et sted hvor også jeg finner lindring.

På samme måte som Mette Sandfær former utstillingen, så er det en gruppeanalytiker som fasiliterer møtene på Zoom. Uavhengig av hvilken odde fasong eller størrelse disse samtalene viser seg å få, så kjennes møtene alltid underlig verdifulle. Helingen på Zoom, hvor ansiktene henger som esoteriske portretter på veggen, handler om utvekslinger, å holde en åpen dialog og å forsøke å strekke seg over de enorme sosiale- og kulturelle avstandene. Hvert møte blir vakkert – slik som hver av skulpturene og installasjonene i utstillingsrommet synes å være seg selv fullkomne.

Spørsmål rundt hva og hvem som regnes for kurant gods, og hvem som får definere dette, gjør at jeg trekker paralleller fra støttegruppen til Sandfærs kunstnerskap og hennes frie veseners landskaper. Hennes relikvier – skrap og skatter – interagerer og snakker til meg. De sender meg inn i egne irrganger. Sandfær berører fordi hun er til stede med et "jeg" i visningsrommet. Det individuelle blir universelt. Det er hva tingene bærer med seg av funksjon, akustikk og resonans, og hvilke nye sanger de synger sammen med hennes andre kreasjoner, som er det vidunderlige i hennes verden.

Utstillingen One-night Stands av Mette Sandfær fant sted i Forhallen (TOU) i Stavanger 2. - 4. august 2024. Kunstnersamtalen ble avholdt i utstillingen og ble moderert av kurator Markus Bråten.

Om kunsteren: Mette Sandfær *(f. 1961 i Danmark) avsluttet sin Master ved Kunstakademiet i Bergen i 2023, og bor og arbeider i Bergen. Hun tok sin BA ved Det Kongelige Danske Kunstakademi, Skolen for Arkitektur, Design og Konservering i Grafisk Design. De siste 10 årene har hun hatt flere separatutstillinger og deltatt i en rekke kuraterte utstillinger og gruppeutstillinger.*

BIO: Silje Klippen *er billedkunstner og klinisk behandler med fordypning i kunstpsykoterapi og gruppeanalyse. I skjæringspunktet mellom det estetiske og det terapeutiske undersøker hun hvordan kunstverk, utstillinger og skap-*

ende prosesser kan fungere som bærere av både personlig og kollektiv erfaring. Hennes tekstarbeid springer ut av en assosiativ og analytisk tradisjon, der det sansede og det tenkte får form i språklig refleksjon. Som styremedlem og aktiv deltaker i International Association for Group Psychotherapy and Group Processes er hun særlig opptatt av drømmens plass i psykoterapeutisk arbeid, og av hvordan relasjonelle kunstprosjekter kan åpne for meningsdannelse og forbindelser på tvers av språk og landegrenser.

KUNSTANMELDELSE

Redaktörernas reflektioner

Bästa Silje Klippen

Först och främst, vill vi å redaktionens vägnar tacka för en fin artikel. Texten bjuder på levande associationer och man får som läsare en känsla för hur det kan tänkas vara att vara på plats och uppleva utställningen. Texten belyser vidare fint hur mening kan skapas i konsten och beröra viktiga livsteman. Vi associerar framför allt till behovet av trygghet i mötet med en otrygg värld.

Vi fascineras av de särpräglade figurerna som är sammansatta på ett sätt som förkroppsligar – som om figurerna vore levande varelser. De vita tegelväggarna i lokalen ger å andra sidan ett kallt och sterilt intryck. Det verkar också som att figurerna och föremålen är placerade på ett visst avstånd från varandra. De kalla väggarna kan kanske förstås som en representation av atmosfären i vår omvärld? Och att avståndet mellan figurerna återspeglar relationell eller känslomässig kyla dem mellan? Våra tankar går här till Freuds artikel ”Det kusliga” från 1919, som publicerades direkt efter de traumatiska krigsåren. Freud beskriver ”det kusliga” som en slags känsla av att något bekant och hemlikt förvandlas till något skrämmande, främmande och ohemlikt, hemligt och otäckt. Kanske kan ”det kusliga” vara en inkörsport också till tolkningen av ”One-night-stands”? Kanske kan utställningen ses som en spegling av det samhälle vi lever i, på gott och ont? Utställningen och texten får oss att reflektera över den grundläggande nödvändigheten i att ta hand om varandras gemenskap oavsett färg, form, punkt, figur, storlek och konstellation.

Vi uppskattar också den fina sekvens på slutet som lyfter fram hur intellektualiseringen kan skymma upplevelsen och vara ett skydd/försvar mot att förstå en kanske ännu djupare, och ibland skrämmande aspekter av erfarenhet. Vi tänker exempelvis på installationen ”absolut monster”, som för tankarna till något som är riktigt farligt och explosivt. Och hur vi samtidigt också som människor hela

tiden söker orden i det ordlösa och behöver dem. Vi finner att titeln på utställningen – ”One-night-stands” – är lite som skidstavarna, ett begrepp som man kan ha väldigt olika uppfattningar om och relation till. Är utställningens verk att betrakta som alldeles unika och på det sättet värdefulla eller värdelösa för de att kommer tas isär strax? Kan vi uppskatta något som vi vet snart kommer att vara borta?

Å Matrix redaktionens vägnar,

Halvor Stormoen Raddum och Helene Wolf

INTERVIEWS

"Mimrestund"

- et intervju med Svein Haugsgjerd

Av Halvor Stormoen Raddum [1]

Spent og forventningsfull ringer jeg på dørklokken til Svein Haugsgjerd. På stuebordet ligger en rekke bøker om psykiatri og psykoanalyse klare. Over en kaffekopp byr Haugsgjerd på et "fritt assosiativt intervju" om sin biografi og forfatterskap, psykoanalyse, psykotiske tilstander og om vennskap på tvers av Skandinavia.

Haugsgjerd smiler og skjenker kaffe.

- Da snakker jeg bare om det som faller meg inn om livet så sorterer du siden?

- Ja, vi sier det sånn, sier jeg.

Haugsgjerd: Det startet tidlig på -60 tallet i Bodø. Faren min var sykehusprest og jeg hadde min første sommerjobb i psykiatrien der. Den gang var det fremdeles pasienter som ble lobotomert og tilbragte hele livet på sykehus. De gikk i drakter, stablet rundt og var veldig preget av sjokkbehandlingen de fikk. På sykehuset i Bodø traff jeg to unge psykiatere og en psykolog som var veldig kritiske til psykiatrien den gang. De var ofte hjemme hos oss. Så jeg ble veldig inspirert av dem og søkte meg inn på medisinstudiet i Oslo. Og det var tilfeldigvis et medisinkull der mange andre også var interessert i psykiatri. Jeg tror nesten ¼ del på vårt kull ble psykiatere og to av dem ble vel professorer i barne- og ungdomspsykiatri også. Selv har jeg aldri vært akademiker og hatt sånne titler. Under studietiden jobbet jeg på forskjellige sykehus i Trondheim, Dikemark og i Linköping i Sverige som var veldig populært den gangen av en eller annen grunn. Jeg tror faktisk Sigmund Karterud var i Linköping også, han er litt yngre enn meg.

1. Halvor Stormoen Raddum. Psykolog ved Sykehuset Østfold, kandidat ved psykoanalytisk institutt. hsr_91@hotmail.com

Halvor: Interessant

Haugsgjerd: Og 60-tallet var en periode der det skjedde store forandringer i psykiatrien. Der jeg fikk mest erfaring var på psykiatrisk avdeling 6B på Ullevål sykehus. Den gang var det to psykoanalytiske miljøer i Oslo. Et på Dikemark sykehus med overlege Dag Jørstad, Per Vaglum og andre kjente. Det andre var avdeling 6B ved Ullevål sykehus med Herluf Thomstad som sjefsoverlege. Og den avdelingen må jeg beskrive fordi den ble helt avgjørende for meg.

Halvor: Ja, si litt mer om hvordan det ble så avgjørende for deg.

Haugsgjerd: Overlegene og psykologene som var der var alle psykoanalytikere eller psykoanalytisk inspirerte. En av de ble min første psykoterapiveileder og veiledet meg på en pasient som jeg fulgte opp etter utskrivelse. Det var det anledning til den gangen, og det var veldig inspirerende. Ehm... ehm ... I tillegg har dette med lesing og skriving vært en slags hobby.

Halvor: Lesing og skriving som en slags hobby ja?

Haugsgjerd: Ja, det har nok det. Jeg tok medisinsk embetseksamen i –67, og ble ferdig med legeturnus i –69. Men parallelt har jeg hele tiden vært interessert i filosofi og psykoanalyse. Jeg søkte faktisk om doktorgradsstipend for å gjøre en sammenligning mellom tysk og fransk psykoanalyse i –69, men det var så mye som skjedde på den tiden så jeg skjønte at jeg hadde tatt meg vann og over hodet så jeg sa fra meg det.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Men interessen var alltid der fordi jeg var sammen med venner som studerte filosofi, psykologi, litteratur og sosiologi. Og da ble jeg hjulpet, eller inspirert kan du si, av de vennene jeg hadde til å ivareta den interessen. Vi var blant annet fire stykker som reiste til Paris under studentopprøret i –68[2], det var veldig begivenhetsrikt. Der hørte vi blant annet på Jacques Lacan da han holdt et 2 timers foredrag om at han var i streik (Haugsgjerd og Halvor ler...). Og jeg var også i Frankfurt og intervjuet Alfred Lorentzer i studietiden. Så jeg var liksom inne i den verden kan du si.

2. https://www.nrk.no/arkiv/artikkel/protestaret-1968-1.6610688

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Men så begynte jeg på Ullevål 6 avdeling i -71 og jobbet der i 2 år. Og da skrev jeg boka «Nytt perspektiv på psykiatrien». Den var skrevet utfra mye av den eksistensialistiske og psykoanalytiske kunnskapen, som for meg er to sider av samme sak egentlig, som jeg hadde tatt med meg fra vennene mine og turene våre. Jeg husker at Herluf Thomstad sa til meg: "Hvordan det blir med deg, det vet jeg ikke". Men han samtykket til å skrive et forord da (Haugsgjerd ler hjertlig). Og på samme tid begynte jeg i psykoanalyse hos Endre Ugelstad som den gang var overlege og veileder ved Gaustad sykehus, og det fikk også avgjørende betydning for meg.

Om Kastanjebakken og psykoselidelser:

Kaffen er rykende fersk. Jeg tar en slurk.

- På hvilken måte ble Ugelstad så avgjørende for deg?

Haugsgjerd: Han foreslo at jeg kunne overta den lille avdelingen som etter hvert ble kalt "Kastanjebakken" etter forbilde Chestnut Lodge [3]. Og da må det jo sies at det var kastanjetrær på Gaustad, men akkurat utenfor Kastanjebakken var det ikke kastanjetrær, men det var noen veldig fine trær likevel da (Haugsgjerd og Halvor ler...). I alle fall valgte vi pasientene utfra at de skulle ha vært innlagt i minimum fem år grunnet psykoselidelser. Sverre Varvin, som er en god del yngre enn meg, men som jeg ble kjent med, og som jeg fortsatt er god venn med, gjorde en etterundersøkelse av de 27 første pasientene vi hadde. Og han fant ut at en tredjedel var blitt vesentlig mye bedre under tiden vi hadde, mens det i en sammenligningsgruppe med samme alder og varighet av lidelsen ikke var noen bedring. Av de som ble vurdert som mye høyere fungerende ble flere av dem utskrevet, flyttet flere ut i egen bolig og noen fikk samboere og stiftet familie.

Halvor: Interessant

Haugsgjerd: Ja, og de var kvinner. Og hva er grunnen til det? En grunn kan være at det var tomannsrom, veldig trange og dårlige lokaler, og det var kanskje lettere å prate på gruppemøter for kvinnene. Og jeg tror også at en god del av effekten

3. https://peerlessrockville.org/historic-rockville/peerless-places-2/chestnut-lodge/

av dette var på grunn av miljøterapien som foregikk der. Altså det uformelle samværet hele tiden. Blant annet ved at de reiste på turer om sommeren. Vi la stor vekt på å utvikle miljøterapien som vi benyttet til å utforske situasjoner og utfordringer som pasientene møtte.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Det ble etter hvert veldig stor interesse for Kastanjebakken. Dels fordi mange psykologistudenter begynte å jobbe der som pleievikarer. Det ble et veldig spennende fagmiljø. Jeg kunne regnet opp en rekke navn som senere ble psykoanalytikere eller gikk på institutt for psykoterapi. Så jeg tror grunnen til at såpass mange av at de alvorlige syke pasientene kom seg, handlet mye med det terapeutiske miljøet som oppstod. Alle de som jobbet der var så innstilt på det.

Halvor: Hva var det du ble så fanget av under tiden ved Kastanjebakken?

Haugsgjerd: Det var samtalene med pasientene, bli kjent med dem, og noen av dem holdt jeg kontakten med også. Av de fem som ble vurdert som sterkt bedret var to av dem var mine, de fulgte jeg opp flere år etter utskrivelsen. Den gleden over å bli veldig kjent med personer og følge dem over tid. Det var det som jeg synes var engasjerende.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Og samtidig være en del av det kollegiale miljøet var også veldig fint. Jeg har vært en del av et miljø hele veien. Og i og med at jeg har skrevet en del så har jeg kanskje fått en større stemme enn jeg ellers ville hatt. Og det at jeg skrev var fordi at venner av meg, spesielt Fredrik Engelstad, var med å starte Pax Forlag, og da ble disse bøkene utgitt på Pax.

Haugsgjerd tar frem bøkene "Nytt Perspektiv på Psykiatrien" (1970) og "6 samtaler om psykiatri" (1976) som ligger på bordet. Jeg forteller at jeg har bladd i begge. Spesielt husker jeg det første kapittelet i "6 samtaler om psykiatri" om miljøterapien ved Sykehuset i Arezzo og de italienske analytikerne som ledet sykehuset.

Haugsgjerd: Ja ja. For dette var tilbake i 1976. Da var det den femte verdenskongressen for psykoterapi med schizofreni. Og det var veldig spennende. I Italia på den tiden ble alle psykiatriske sykehus nedlagt. Paolo Tranchina var den jeg snak-

ket mest med, men det var en før der, som jeg ikke møtte, hva heter han igjen... Vel vel... Alfred Lorenzer var vi Frankfurt og intervjuet, Serge Leclaire intervjuet jeg sammen med Fredrik Engelstad. Helm Stierlin var i Norge. Stierlin er mer eksistensialistisk orientert psykoterapi. Nei, så det var en veldig spennende tid da.

Halvor: På hvilken måte fikk arbeidet med denne boken en plass i deg?

Haugsgjerd tenker ettertenksomt.

- Hmm... Det styrket nok overbevisningen min om at selv mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som psykoser, enten det er kortvarige eller varige psykoser, må møtes med samtaler først og fremst.

Skandinavisk brytningstid:

Vi drikker mer kaffe.

- "Nytt perspektiv", "6 samtaler om psykiatri" og Kastanjebakken høres ut som en form for opposisjon til psykiatrien ellers på den tiden?

Haugsgjerd: Ja, det var nok i opposisjon, og ble nok opplevd som opposisjon også. Det var veldig annerledes, og det var det som gjorde at det ble så stor interesse. Og så var vi jo veldig unge leger og psykologer: Marit Os, hun var jo allerede i ferd med å bli psykoanalytiker og var venninne av min første kone, Thorild Leira, som også var i ferd med å bli psykoanalytiker. Og jeg gikk som sagt først i analyse hos Endre Ugelstad. Etter hvert ble han min veileder og ikke behandler, så begynte jeg istedenfor hos Fiffi Piene, som da jobbet på Nic Waal, og var utdannet psykoanalytiker. Det var jo mange andre også... Anne Kristin Rustad, det navnet har du kanskje hørt? Per Anthi, Sidsel Gilbert. Vi var en hel gjeng! Vi startet jo opp Majorforeningen.

Halvor: Majorforeningen?

Haugsgjerd: Ja, dette var på slutten av 70-tallet etter denne verdenskongressen. Vi kalte foreningen opp etter Herman Wedel Major som grunnla Gaustad sykehus på 1850-tallet. Og i Majorforeningen begynte vi å invitere en rekke internasjonale psykoanalytikere, blant annet Donald Meltzer. Vi var jo litt stormannsgale. Vi inviterte folk fra Sør-Amerika, Australia, England, fra Sverige og

Danmark. Vi hadde en god del kontakt med Sverige og Danmark fordi jeg ble tidlig kjent med Johan Cullberg. Og min jevnaldrende Bent Rosenbaum.

Halvor: Bent Rosenbaum er et kjent navn

Haugsgjerd: Ja, både han og Johan Cullberg har skrevet og gjort veldig mye. Og gjennom kontakten med Cullberg i Sverige, så kom jeg også i kontakt med Barbro Sandin, jeg vet ikke om du har hørt det navnet?

Halvor: Nei, si litt mer om hvordan du kom i kontakt med henne.

Haugsgjerd: Altså hun var en stor inspirasjon for meg. Hun var jo egentlig sosionom, men gikk i veiledning hos Eric Fromm i Sveits hver sommer. Hun bygget rett og slett opp en egen institusjon i Värmland for pasienter med schizofreni. Så Barbro Sandin reiste jeg, og flere med meg, og møtte mange ganger. Cullberg og Sandin var litt forskjellige på mange måter. Cullberg var jo akademiker med doktorgrad og psykoanalytiker fremfor alt. Mens Barbro Sandin var en veldig karismatisk og sterk personlighet i seg selv. Også ble jeg invitert til kongresser både i Sverige og Finland. Finnene med professor Yrjö Alanen i spissen og Martti Siralla. Yrjö Alanen var sentral i et bredt forskningsmiljø om psykoser, og veldig psykoterapiengasjert. Han er død nå, men jeg ser jo at etterkommerne følger opp, så jeg vil jo tro det er et sterkt psykoterapeutisk og familieterapeutisk miljø for psykoser i Finland.

Halvor: Hvordan var det du kom i kontakt med alle disse personene fra Skandinavia?

Haugsgjerd: Johan Cullberg tror jeg var på grunn av den første boka "Nytt perspektiv på Psykiatrien". Jeg mener å huske at jeg ble invitert til Stockholm av han. Det var Johan Cullberg som var inngangsporten for meg til Sverige.

Halvor: Hva var det ved den boka som gjorde at du ble invitert?

Haugsgjerd: Det var helt sikkert fordi den representerte en kritikk av den tradisjonelle psykiatrien som hadde vært i veldig mange land. England og USA var langt foran oss i Skandinavia, blant annet med Chestnut Lodge. I England var det to institusjoner som var forbilder for Ullevål 6B. Det var en internasjonal forandring innen psykiatrisk behandling som skjedde den gangen der England og USA var førende. Det hadde med krigen å gjøre.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Dette er et veldig tilbakeblikk, men psykoanalysen oppstod jo i tysktalende Sentral-Europa, og de aller fleste psykoanalytikerne kom fra Ungarn, Østerrike og Tyskland. Mange av dem var jo jøder, ikke alle, men da Hitler kom til makten så måtte de å flykte, og særlig etter –38. Freud ble jo nær sagt hentet mot sin vilje for å slippe å bli arrestert. Det fantes jo psykoanalytikere i USA før den tid også, men det store flertallet som kom da var folk som hadde flyktet fra Sentral-Europa. Så derfor flyttet psykoanalysen sitt tyngdepunkt til USA og England som følge av krigen. Og etter krigen ble det veldig tydelig at det var dit man måtte dra for å bli opplært. Rappaport, Winnicot, Fairbairn, Meltzer og mange andre toneangivende.

Halvor: Ja. Så sammen med miljøet på Kastanjebakken, og de skandinaviske vennene dine, blir du inspirert av tenkningen og ideene fra det engelske og amerikanske psykoanalytiske miljøet?

Haugsgjerd: Ja ja, det er nok riktig å si.

Meltzer og Lacan:

En ny slurk kaffe.

- Det er så mange spørsmål inni hodet mitt. Blant annet om Majorforeningen og Donald Meltzer.

Haugsgjerd: Ja ja. Jeg tror miljøet i Majorforeningen i høy grad samlet ting som var oppe i tiden. Og Donald Meltzer har hatt en veldig stor innflytelse på meg. Vi inviterte han som sagt til Majorforeningen minst en gang i året. Det å høre Meltzer holde foredrag... Lenge oppfattet jeg Meltzer som Bions lærergutt fordi mye av det han formidlet om behandling av psykoser og alvorlige lidelser var jo basert på Bion. Bion fikk jeg aldri hørt dessverre. Sigmund Karterud fikk oppleve Bion en gang... Men tilbake til Majorforeningen så var det vanlig at Meltzer foreleste for oss som gruppe. Jeg hadde tre-fire pasienter som jeg la frem for Meltzer en gang, da fikk jeg så "hatten passet" altså.

Halvor: Å fikk du det?

Haugsgjerd: Ja, han mente at jeg måtte stå i motoverføringens aggressivitet og raseri på en mye tydeligere måte. Han mente nok at jeg var for mild eller noe i den duren. Og det kan nok kanskje flere andre mene også. Jeg pleier å sitere detnførste setningen i den første boka hans, det er vel egentlig ikke den første boka heller når jeg tenker meg om, for jeg tror han har skrevet en bok sammen med en kunstmaler før det. Men den boken som blir oppfattet som den første boka til Meltzer, begynner med ordene: *There is a beauty in the psychoanalytical process which is in deep contrast to the ugliness of the psychoanalytic theories.*

Haugsgjerd humrer litt. Han fortsetter.

- Meltzers tilnærming grep meg veldig. Og det svarte også litt til interessen min for fransk psykoanalyse. Det å møte prosessen. Disse begrepene... En var mer opptatt av ordenes kraft, ordenes mangetydighet og ordenes historikk. Noe av poenget er at vi hele tiden bruker ord som sier mer enn de betyr, og mindre enn de betyr. Og det er i den frie assosiasjon at den flertydigheten kommer tydelig frem.

Halvor: Jaques Lacan

Haugsgjerd peker på boken "Jaques Lacan og Psykoanalysen" (1986) så det rister i bordet.

- Ja, Jacques Lacan. Jeg har hatt en veldig interesse for han. Og da jeg tenkte på det med tyskspråklig psykoanalyse i stad. Det er jo veldig mye flott der. Frankfurterskolen med fremfor alt Habermas. Habermas var jo viktig her på filosofisk fakultet i Norge, og jeg hadde jo noen (Haugsgjerd humrer...) ganske venstreorienterte venner som ble Habermas-elever. Så jeg synes jo det er en flott tradisjon. Men så var det noe som jeg følte manglet litt. Språket er litt mer... ehm... logisk og litt mindre intuitivt synes jeg. Så derfor så valgte jeg å holde på denne franske interessen da. Men nå skal du se.

Haugsgjerd tar frem boka og blar til forordet.

- Denne boka ble til på grunn av at en filosof i Bergen oversatte tre artikler av Lacan til norsk, også spurte han meg om å jeg ville skrive forord. Og da sa jeg "ja, selvsagt ville jeg det". Men da det nærmet seg utgivelse så var det svigersønnen til Lacan, Alain Miller, som styrte det hele. Og Alain Miller forlangte at jeg måtte gå

i analyse hos Lacan hvis jeg skulle skrive forord. Og det kunne jeg ikke tenke meg.

Halvor: Ikke det?

Vi ler sammen. Haugsgjerd fortsetter.

- Nei... Av flere grunner, men blant annet fordi jeg aldri lærte meg å snakke fransk. Så istedenfor bestemte Pax forlag at da kunne jeg utvide forordet slik at jeg kunne gi ut en egen bok. Og det gjorde jeg. Så boka er et forsøk på å videreformidle, slik jeg forstod, Lacans skiftende bidrag opp gjennom årene. Forfatterskapet til Lacan er mangslungent og skiftende. Men noe av det som jeg konsentrerte meg om er det som hadde å gjøre med psykose å gjøre. Fordi det føler jeg at jeg har en viss oversikt over.

Haugsgjerd finner frem boka Galskapens gåter (2023), hans foreløpige siste utgitte bok. Det er en bok som handler om å forstå psykotiske tilstander med "psykoanalytiske briller".

- Det som står i Galskapens gåter om Lacan er egentlig bare en innsevring til akkurat det med psykose og hvordan Lacan tenkte om det, forteller han.

Jeg peker på Jacques Lacan og psykoanalysen fra 1986.

- Mens den er mer et forsøk på å fremstille hele forfatterskapet til Lacan på en populærvitenskapelig måte, presiserer Haugsgjerd.

Halvor: Når jeg tenker etter så høres det ut som om interessen din for Lacan har hatt en plass i deg siden studiedagene?

Haugsgjerd: Siden studiedagene ja. Jeg var jo interessert i filosofi. Det var nytt og spennende i min studietid. Hans Skjervheim, jeg vet ikke om du har hørt det navnet? Han var veldig trivelig. "Deltakar og Tilskodar" heter vel den mest kjente boka hans. Den handler om at du må være oppmerksom på at i vitenskapen så er du ikke bare tilskuer som ser med et nøytralt blikk på verden, du er selv med og preger, du er selv et subjekt. Jeg gikk jo på filosofiforelesninger istedenfor å lese lærerbøker om medisin (Haugsgjerd humrer). Min første kone møtte jeg på seminar om Heidegger. Et år så gikk vi og hørte på Væren og Tid sammen. Og jeg

gikk på foredrag om kristen filosofi som var noe jeg ville utfordre. Og gjennom det så kom jeg i kontakt med alt det som skjedde i Frankrike. Om jeg husker riktig så var det kanskje da jeg kom i kontakt med Bent Rosenbaum og vennene hans. De var nok med og satte meg på det franske sporet.

Makta midt imot:

En ny kaffekopp fylles opp. Samtalen flyter over til Haugsgjerds samfunns- og helsepolitiske engasjement, kulminert i boka "Psyke under press, samfunn i endring" fra 2022.

Haugsgjerd: Jeg har nok hatt veldig behov for å kritisere måten psykiatrien ble styrt på i forbindelse med omorganiseringen av helsetjenestene som har pågått siden –80 tallet. I dag er vel antall døgnbehandlingsplasser er skåret ned til en fjerdedel av hva det var for 40 år siden. Det er voldsomt mye. Tanken var vel å bygge opp det polikliniske kapasiteten. Det er i og for seg et godt formål, men mange av de pasientene jeg kjente ble skrevet ut til egen kommunal bolig, og jeg så at det fulgte med mange tragedier med den omleggingen. Og jeg vet jo av folk som snakker med meg at DPS'ene[4] er voldsomt sprengt i dag.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: I realiteten så har jo psykiatrien tapt på grunn av helseforetaksreformen fra 2002. En ting er innsatsstyrt finansiering. Det vil si at en viss prosentsats av det årlige budsjettet avhenger av innsatsen, og innsatsen måles av at man hele tiden må taste inn og rapportere den og den diagnosen, den og den behandlingen. Det er sykehusdrift som en butikkvirksomhet selv om det riktignok er noe mindre av det nå. En annen ting er at sykehusene må spare penger hvis de vil fornye seg. De kan få statlige lån forutsatt at de har spart så og så mye. Det betyr også nedskjæringer. Dette rammer psykiatrien på en helt annen måte enn innen somatisk medisin. For det første så skjer det dramatiske forbedringer innen somatisk medisinske metoder hvert tiår. Det er utrolig hvor flinke de er. Det er en teknologi som er fantastisk og som er veldig lett å redegjøre for. Men samtaler om psykiske lidelser er noe helt annet.
Halvor: Det er noe helt annet ja.

4. DPS'ene er en forkortelse for Distrikspsykiatriske sentre

Haugsgjerd: Ja, det er to vidt forskjellige verdener rett og slett. Så derfor var det om å gjøre for meg å skrive om dette da. Først tenkte jeg at jeg får skrive en lærerbok, men da jeg presenterte den for Gyldendal så sa de: "Nei, dette er ikke noen lærerbok, vi må prioritere lærerbøker". Underforstått, det er pensumlitteratur som de får inntekter av. Så derfor måtte jeg lete etter noen andre, og jeg holdt på å gi det opp, men så dukket forlaget i Stavanger opp, Svein Sandnes Bokforlag.

Haugsgjerd viser frem boka: Psyke under press, samfunn i endring (2022).

- Dette er en debattbok ment for å tale imot den markedsliberalistiske tenkningen i dagens helsetjeneste. Opp gjennom har jeg nok blitt oppfattet som systemkritisk. Blant annet i forbindelse med Juklerød saken, jeg vet ikke om du er kjent med han?

Halvor: Nei, når var dette?

Haugsgjerd: Dette var på -80-tallet og begynnelsen av –90 tallet.

Halvor: Ja, det var nok før min tid.

Haugsgjerd: Ja (humrer). Hm ... jeg tar det med av rent faglige hensyn. Juklerød var en person som ble tvangsinnlagt og som protesterte voldsomt. Det stod det veldig mye om i avisa fordi han protesterte over mange år. Så ble jeg tilbudt å søke på jobben som sjefsoverlege. Jeg tiltrådte i -88. Og i -91 så fikk vi bystyret mot oss fordi en psykolog ved navn Joar Tranøy ville ha tilgang til lobotomijournalene i kjellerne på Gaustad til å skrive doktorgradsavhandling om lobotomiofrene der. Det var mye debatt om de etiske aspektene ved denne metoden. Det ble møtt med mye motstand innad og forsøkt kneblet.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Så det at jeg og sjefspsykologen gikk til helsedirektør Mork og sa "ja" til Tranøy, førte til at det ble satt ned et offentlig utvalg som gransket norsk lobotomipraksis. Så det var mildt sagt en god del spenninger på Gaustad på den tiden.

Halvor: Høres ut som litt av en skvis du stod i

Haugsgjerd: Ja du kan si at det var en skvis. Vi fikk beskjed om at vi ikke lenger var ønsket av ledelsen. Og Kastanjebakken ble jo også nedlagt gradvis. Det hele jeg gjorde at jeg tok en bistilling på høgskolen i Bodø for å veilede studenter der. Det var greit nok det. Så utvidet jeg privatpraksisen min. Og dessuten var jeg på den første psykoanalytiske kongressen i Moskva i -98. Fra 2000 til 2010 så reiste jeg et par ganger i året til Stavropol i Russland. Akkurat dette med Russland har jeg aldri skrevet om.

På tvers av landegrenser:

Haugsgjerd fortsetter.

- Bruddet med Gaustad førte meg andre steder. Og da var det også andre som engasjerte seg på tvers av landegrenser. Sverre Varvin begynte å undervise i Kina. Og spurte om jeg ville være med på det. Men da sa min kone: "Nei, nå reiser du mer enn nok". Og det var nok klokt. Det var 3-4 andre som reiste til Kina og som gjør det fortsatt.

Halvor: Du valgte Stavropol.

Haugsgjerd: Jeg valgte Stavropol. Av den gruppen som jeg underviste så er det 6 som er medlemmer av den psykoanalytiske foreningen i dag. Av og til får jeg julehilsener. På den siste hilsenen talte jeg 12 stykker i den psykoanalytiske foreningen ved Stavropol.

Halvor: Det høres nesten ut som en form for arv. Hva slags betydning har undervisningen i Stavropol hatt for deg?

Haugsgjerd: Som ung så syns jeg dette med Dostojevskij og Tolstoj var veldig oppe i dagen. Og det var ikke bare bøker. Russisk kultur og litteratur ble også filmatisert. Det var noe vi alle var interessert i. Og vi var flere som begynte å reise til Russland på slutten av 90-tallet, det var ikke bare meg. Vi hadde med en psykiater som snakket russisk, men egentlig var født og oppvokst i Chile. Han var med som tolk. Det var sånne kongresser om transkulturell psykiatri i Sibir blant annet (Haugsgjerd humrer...). 9/11 befant vi oss i byen Tomsk i Sibir for å holde foredrag om Transkulturell psykiatri. Det var mange amerikanere der. Blant annet en amerikansk professor som skulle holde foredrag, og fortalte at to av barna hans jobbet i de to tårnene. Det var utrolig spesielt husker jeg.

Avslutning:

Kaffekoppene tømmes.

- Det høres ut som du har gått dine egne veier, sier jeg.

Haugsgjerd: Ja, jeg har fulgt mine interesser kan du si. Og som du hører er de mangslungne. Jeg har stått for at man kan være interessert i flere retninger. Jeg ble riktignok veldig interessert i Bions forfatterskap og teori tidlig. Det var nok fordi jeg leste en biografi om han. Når en blir kjent med en biografi så blir en også veldig interessert i hva denne mannen har skrevet, gjort og utviklet. Det står det en del om i Galskapens gåter, men langt fra alt.

Halvor: Mhm

Haugsgjerd: Men det jeg har lyst til å skrive om nå er hva krig gjør med mennesker både oppleve og angripe. Det er det riktignok mange som har skrevet om før. I International journal of Psychoanalysis, var det for noen numre siden flere artikler om dette med krig og de plagene som medfører de som er på den seirende siden, som har deltatt i drap og så videre. Men det som har stått der har jo ikke berørt de aktuelle krigene. Jeg har lyst til å skrive om det, men jeg får se om jeg rekker. Apropos, Hannah Segal var jo med å stifte den internasjonale foreningen mot atomvåpen i sin tid. Det er lenge siden nå, men hun var en foregangsfigur. Så det at psykoanalytikere engasjerer seg i ting som angår i samfunnet og menneskeheten i det store og hele er ikke noe nytt.

Telefonen til Haugsgjerd ringer.

- Oi, jeg ser at vi har holdt på i over to timer. Det er min kone som ringer, vi har avtalt å spise lunsj ute.

Halvor: Ja, tusen takk for tiden din. Det var veldig hyggelig.

Haugsjerd: Selv takk, det var hyggelig med en mimrestund.

Svein Haugsgjerds bibliografi

1970: *Nytt perspektiv på psykiatrien* (3. utgave, 1972). Oslo: Pax Forlag.

1976: (med Fredrik Engelstad). *Seks samtaler om psykiatri*: samtaler med Mario Alvisi, Paolo Serra, Paolo Tranchina, Helm Stierlin, Janine Chasseguet-Smirgel, Luce Irigaray, Alfred Lorenzer, Serge Leclaire. Oslo: Pax Forlag.

1983: *Psykoterapi og miljøterapi ved psykotiske tilstander* I. Oslo: Universitetsforlaget.

1983: *Psykoterapi og miljøterapi ved psykotiske tilstander* II. Oslo: Universitetsforlaget.

1986: *Jacques Lacan og psykoanalysen: en presentasjon av Lacans liv og verk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

1986: *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag.

1990: *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag.

2005: *Kjærlighetens kraftlinjer*. Oslo: Pax Forlag.

2009: *Psykoterapi og frigjøring: har psykoanalysen fortsatt et samfunnskritisk potensial?* (Skriftserie: Søkelys nr. 1 – mars, 36 sider). Oslo: Marxist forlag.

2009: (medforfatter). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. (Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, Jon A.). Oslo: Gyldendal akademisk (3. utgave).

2018: (medforfatter). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. (Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E.). Oslo: Gyldendal akademisk (2. utgave).

2018: *Å møte psykisk smerte: erfaringer og refleksjoner fra behandlingsrommet*. Oslo: Gyldendal akademisk.

2022: *Psyke under press, samfunn i endring: psykisk smerte i den grenseløse konkurransens tid: et psykosialt, idehistorisk og samfunnsetisk perspektiv*. Rånåsfoss: Svein Sandnes bokforlag.

2023: *Galskapens gåter: psykotiske tilstander, en idéhistorisk og psykoanalytisk tilnærming*. Stavanger: Hertervig forlag, akademisk.

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.