

PSYKIATRIENS FORHOLD TIL PSYKE OG SOMA

Birgitte Bechgaard

Efter en generel introduktion af dansk psykiatris forhold til psyke og soma, sammenlignes med forholdene i amerikansk psykiatri. Både i USA og Danmark har hjerneåret ført til en tydeliggørelse af psykiatriens reduktionistiske opfattelse af psyken, – illustreret ved at man uden empirisk belæg ændrer termen psykiske sygdomme til hjernesygdomme. Der redegøres for, hvordan en fænomenologisk-hermeneutisk tradition i dansk psykiatri har medvirket til, at der ikke er udviklet en psykisk skole med egen patogenese og ætiologi i Danmark, således som det er sket i USA. I dansk lærebogspsykiatri anvendes psykologien alene som et deskriptivt system og som behandlingsteknikker og metoder. Over for den reduktionistiske opfattelse sættes emergens-modellen, som forsøges anvendt på den psykiatriske virkelighed. I udkast og på baggrund af en konkret psykisk sygdom, sammenholdes empiriske data med en reduktionistisk respektiv emergent opfattelse af psyke-soma forholdet.

Indledning

Som videnskabeligt fagområde er psykiatrien karakteriseret ved mange uafklarede spørgsmål, svag dokumentation og modsigelsesfyldte teorier. Psykiatriens genstandsområde er de psykiske sygdomme¹, og den psykiatriske institution er et konglomerat af forskellige skolers syn på disse sygdomme. Sammenlignes med den beslægtede, men ikke så modsigelsesfyldte somatiske sygdomslære, er det nærliggende at se psykiatriens problemer som udsprunget af fagets tættere tilknytning til psyke-soma problemet.

Mens de psykiatriske problemstillinger altid har været gennemsyret af spørgsmål om forholdet mellem det somatiske og det psykiske, har den somatiske sygdomslære haft lettere ved at lukke øjnene for disse spørgsmål. Her har man stort set kunnet holde sig inden for en somatisk referensramme, hvor man i psykiatrien bevæger sig frem og tilbage mellem en psykologisk og somatisk referensramme.

Birgitte Bechgaard er cand. psych, chefpsykolog, Hvidovre Hospital, Psyk. afd.

Den somatiske sygdomslære forsøger at belyse sammenhænge mellem somatiske symptomer, en somatisk patogenese² og en somatisk ætiologi og lader sig egentlig kun forstyrre af psykologien i det omfang, man ikke kan finde en somatisk patogenese eller ætiologi. Psykiatrien er anderledes afhængig af psykologien.

Psykiatriens sygdomme er defineret ved en psykisk symptomatologi, og da det diagnostiske system baserer sig på symptombeskrivelse, kan heller ikke den somatiske psykiatri komme uden om psykologien, når den skal beskrive symptomerne og stille en diagnose.

Fra det psykologiske symptombillede er der forskellige veje at gå, når man vil undersøge sammenhængen mellem symptomer, psykogenese og ætiologi. Den naive iagttager kunne måske tænke, at når vejen fra den somatiske symptomatologi går mod den somatiske patogenese og ætiologi, så vil vejen fra den psykiske symptomatologi gå mod den psykiske patogenese og ætiologi.

Sådan forholder det sig imidlertid ikke. Når det drejer sig om de egentlige psykiske sygdomme, peger de danske lærebøger stort set kun på den vej, der går mellem den psykiske symptomatologi og den somatiske patogenese og ætiologi, mens psykologien indgår som et deskriptivt begrebssystem og som leverandør af behandlingsteknikker.

Men ét er den gældende psykiatri, som den fremstår i de officielle lærebøger. Noget andet er de alternative tanker og bevægelser om psykiske sygdomme, der sideløbende påvirker den psykiatriske institution, og er med til at skabe det brogede og modsætningsfyldte billede.

Man kan sige, at spørgsmålet om, hvilken vej man vælger, er den krumtap de psykiatriske problemer drejer om. Spørgsmålet om, hvorvidt psykologien skal begrænses til at leverere beskrivelser og behandlingsteknikker eller på lige fod med somatikken etablerer sig med egen patogenese og ætiologi, er det skæringspunkt, de psykiatriske skoler udkrystalliserer sig fra.

I de rene udgaver har vi på den ene side den psykiske skole, der søger efter sammenhænge mellem psykiske symptomer, psykisk patogenese og ætiologi (fig. 1), og på den anden side den somatiske skole, der pendler frem og tilbage mellem en psykisk symptomatologi og en somatisk patogenese og ætiologi (fig. 2).

fig. 1

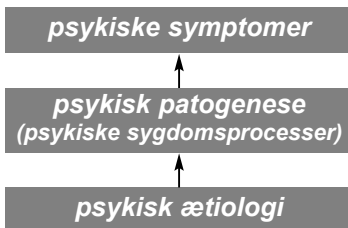
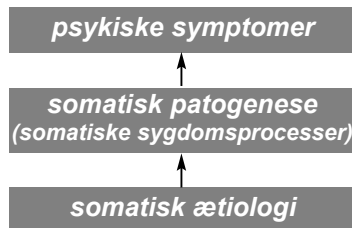


fig. 2



De to skoler har, afhængig af herskende ideologier og videnskabelige strømninger, haft variende indhold. For ca. 100 år siden var den somatiske skole optaget af de bakteriefund, der blev gjort i forbindelse med *dementia paralytica*, og med denne sygdomsmodel som sin ledetråd forestillede man sig, at man i fremtiden ville være i stand til at forklare de psykiske sygdomme. I dag er den somatiske skole optaget af de nye billeddannende teknikker inden for hjerneforskningen og forestiller sig, at man v.h.j.a. disse kan få kortlagt hjernens processer og strukturer, således at man i fremtiden vil blive i stand til at diagnosticere og forklare de psykiske sygdomme.

Tilsvarende er der sket skift inden for den psykiske skole, som for ca. 100 år siden var optaget af at forklare de psykiske sygdomme som et resultat af ydre psykiske påvirkninger, mens man i dag retter opmærksomheden mod det samspil, der er mellem de ydre påvirkninger og de indre psykologiske faktorer i personligheden. Og mens man for 100 år siden interesserede sig mest for de drifts- og viljesmæssige aspekter, er beskrivelsen af de psykiske processer i dag mere differentieret og inddrager flere sider af den menneskelige psyke.

Siden psykiatrien for et par hundrede år siden institutionaliseredes og etablerede sig som lægevidenskabelig disciplin, har den somatiske skole været den dominerende, mens den psykiske skole har ført en mere omflakkende tilværelse og kun i perioder manifesteret sig og gjort sin indflydelse gældende i den etablerede psykiatri. Aktuelt viser dette dominansforhold sig ved, at den somatiske psykiatri har koblet sig på dette års hjernekampagner og lanceret de psykiske sygdomme som hjernesygdomme og psykiatrien som et slags neurologisk speciale.

Det er sjældent, at de to skoler ekspliciterer og diskuterer deres syn på psyke-soma forholdet, men når den somatiske psykiatri trækker fronterne så stærkt op, som den har gjort i dette hjerneår, så provokerer den også samtidigt til en polarisering og konfrontation med den psykiske skole. Da psykiske sygdomme ikke kan diagnosticeres somatisk, og da psykiske sygdomme ikke kan identificeres gennem en somatisk ætiologi, er der ikke noget empirisk grundlag for et navneskifte fra psykiske sygdomme til hjernesygdomme, og derfor bliver det ikke den empiriske, men den filosofiske argumentation, der bliver konfrontationens tyngdepunkt.

I USA, hvor man har gjort et helt ti-år til hjerneår, har man inden den danske kampagne begyndte, kunnet følge på den ene side neurologiseringen af psykiatrien og på den anden side modreaktionerne.

Der indgår flere temaer i modreaktionerne, hvor de vigtigste er en advarsel imod hjerneårenes afhumanisering af psykiatrien, en kritik af den bagvedliggende reduktionistiske opfattelse af psyke-soma forholdet, og en opfordring til at den psykiske og somatiske skole udformer en fælles forståelse af psyke-soma forholdet under hensyntagen til begge skolers empiri.

Jeg vil under disse overskrifter kommentere de danske forhold.

AFHUMANISERINGEN AF PSYKIATRIEN

Er den neurologisering af psykiatrien, som vi har set i hjerneåret, ensbetydende med en afhumanisering?

Det mener jeg ikke behøver at være tilfældet, og når det indgår som et kritisk punkt i debatten, tror jeg, det bl.a. hænger sammen med, at der sker en sammenblanding af en human holdning og psykologisk teori og behandling.

Set ude fra er afhumaniseringen ofte det, der springer først i øjnene, når man præsenteres for den somatiske skoles teorier og behandlinger af psykiske sygdomme. Umiddelbart er det forståeligt, at der vækkes disse associationer. Er man eksempelvis så trist og ked af det, at man søger professionel hjælp og får den besked, at et antidepressiva vil genoprette det underskud i neurotransmittersystemet, som har givet anledning til, at man er ked af det, så kan en sådan behandling, – stående alene, opleves inhuman og tingsliggørende.

Men en somatisk psykiatri er ikke nødvendigvis koblet sammen med en afhumanisering. Der er ikke noget i den somatiske behandling, der hindrer, at man som somatisk behandler møder sine patienter med en human holdning, og f.eks. sideløbende med den medicinske ordination interesserer sig for, hvad det betyder for den pågældendes liv at være ramt af sygdom.

Når der ofte sættes lighedstegn mellem en afhumanisering og somatisering af psykiatrien, så er grunden nok, at en somatisk behandling kan gives løsrevet fra, at der vises medmenneskelig interesse. Men det forhold gælder ikke alene somatisk behandling. Alle former for behandling, også den psykologiske, kan udføres inhumant. Grundlæggende er der ikke nogen forskel m.h.t., om en somatisk og en psykologisk behandling er human eller inhuman. Der er således også eksempler på, at somatikerne kritiserer den psykiske skole for en inhuman-uetisk holdning, når denne skole undersøger, hvilken ætiologisk rolle de psykologiske forhold i familien kan have for psykiske sygdomme.

Måden at fremstille dette forhold på, kan måske virke forvirrende og gå imod common sense, hvor der ofte sker en sammenblanding af det psykologiske og det medmenneskelige. Eller sagt på en anden måde, der skelnes ikke altid mellem, hvad der hører under den medmenneskelige forståelse og holdning, og hvad der hører under det psykologisk videnskabelige. Groft sagt hører almindelig interesse og medfølelse for hinanden i dagligdagen til det første, mens det, der bygger på psykologisk viden, teori og praksis hører til det sidste.

Eksempelvis kan den somatiske behandler komme til kort med sin humanistisk medmenneskelige holdning over for den triste patient og trække på den viden, der måtte findes i psykologien om, hvordan sådanne patienter generelt påvirkes og reagerer på sygdom og bedst behandles psykologisk. Trækker man på denne viden, går man fra en almindelig med-

menneskelighed til at anvende psykologiske teorier og viden på sin patient. Det kan af og til være nødvendigt, ligesom det kan være nødvendigt af og til at henvise videre til egentlig psykologisk ekspertise. Og for fuldstændighedens skyld, – i så tilfælde kan det være, at den psykologiske ekspertise vurderer det mere relevant at anskue og behandle sygdommen og ikke reaktionen på sygdommen, psykologisk.

REDUKTIONISMEN I PSYKIATRIEN

Når den somatiske psykiatri kaldes materialistisk eller reduktionistisk, er det fordi, den bygger på den opfattelse, at de psykiske sygdomssymptomer kan reduceres til processer i nervesystemet og forklares fyldestgørende inden for en somatisk referensramme. Det er denne opfattelse, der ligger til grund for at foreslå den terminologiske ændring fra psykiske sygdomme til hjernesygdomme. For at en reduktionistisk opfattelse kan begrundes empirisk, skal man kunne påvise en entydig sammenhæng mellem højere psykiske funktioner og hjerneaktivitet. Det kan man ikke, – selvom man af og til kan få det indtryk, når man læser den somatiske psykiatris opgørelser over, hvad der er gjort af fund i den forbindelse. Det betyder dog næppe, at der er nogen der, direkte adspurgt, vil påstå, at man i dag er i stand til at relatere psykiske sygdomssymptomer entydigt til neurale processer og strukturer. At man gerne vil nå dertil og til at kunne diagnosticere psykiske sygdomme v.h.j.a. somatiske parametre, – og at man næsten er i stand til at skrive sig ud af det problem, at man ikke kan, illustreres ganske godt i to redaktionelle ledere i Ugeskrift f. Læger (Bolwig-97, Hemmingsen-97). Psykiatriens status og perspektiv skitseres her på en måde, så den ikke indforståede læser af neuropsykiatrisk litteratur meget vel kan få det indtryk, at for nogle symptomers vedkommende er dette mål nået.

Men er den danske udgave af den somatiske psykiatri reduktionistisk på samme måde som den amerikanske?

I bund og grund vil jeg mene, den er. Men det er sværere at afdække dette forhold i dansk psykiatri, fordi den fremtræder mere kompleks og broget end amerikansk psykiatri, og fordi danske psykiatere, der repræsenterer den somatiske psykiatri, tilsyneladende ikke selv identificerer sig med en reduktionistisk opfattelse.

Også dette problem kan illustreres af et indlæg i Ugeskrift f. Læger, skrevet i anledning af hjerneåret (Hemmingsen & Rosenberg-97). Iflg. forfatterens afsluttende ord om psykens forhold til soma, betragter de det som emergent⁴, men det er svært at se, hvordan denne opfattelse afspejler sig i teksten, som omhandler de nyeste biologiske forskningsresultater og behandlingskonsekvenser. Det virker snarere som om, det er den reduktionistiske opfattelse, der har styret indholdet. At forfatterne under-

vejs i artiklen desuden flirter med at være dualister og monister, gør kun forvirringen komplet.

Som jeg neden for skal prøve at belyse, hænger det uklare og mere komplekse forhold til psyke-soma problemet sandsynligvis sammen med den indflydelse en fænomenologisk-hermeneutisk tankegang har haft på dansk psykiatri.

Forholdet til den psykiske skole i dansk og amerikansk psykiatri:

Dansk og amerikansk psykiatri adskiller sig væsentligt i forhold til, hvor stor indflydelse henholdsvis den somatiske og den psykiske skole har haft. Begge psykiatrier blev omkring 20'erne påvirket af psykologiske tankegange. Dansk psykiatri af fænomenologien, især som den blev udviklet af psykiateren og filosofen Karl Jaspers, og amerikansk psykiatri af psykoanalysen. Mens der ikke kan rejses tvivl om, at psykoanalysen hører under den psykiske skole, så forholder det sig anderledes med den Jaspers'ske fænomenologi.

Specielt fra 30- til 50'erne havde psykoanalysen en central placering i den psykiatriske institution i USA, og det er sikkert en væsentlig grund til, at psykoanalysen, som den eneste af de psykiske skoler, har kunnet udvikle en sygdomslære for hele spektret af psykiske sygdomme med en sammenhængende forståelse af symptomatologi, patogenese, ætiologi og behandling. Nogle af de tidligere amerikanske lærebøger er skrevet ud fra denne sygdomslære og illustrerer den psykiske skoles indflydelse (Menninger-63, Cameron-63). Sammenlignet med dansk psykiatri, hvor psykoanalysens indflydelse har været beskeden, har fronterne mellem den psykiske og somatiske skole været trukket skarpere og klarere op i USA i og med, at de to skoler hele tiden har haft hinanden som modpoler og udfordrere. Eksempelvis har der siden 50'erne været livlige diskussioner om, hvordan man skal betragte forholdet mellem en somatisk og psykologisk behandling i psykiatrien, – en debat, der knap og nap er kommet igang herhjemme.

I dansk psykiatri er det primært den fænomenologiske synsvinkel, der er kommet til at repræsentere den psykiske side af psykiatrien. I en dansk psykiatrisk lærebog omtales fænomenologien under de psykiske skoler (Reisby-80). Som fænomenologien blev udformet af Jaspers, hører den efter min mening ikke til de psykiske skoler i psykiatrien. Fænomenologien er en metode til at beskrive og forstå den subjektive oplevelsesverden, og som sådan kan den anvendes af både den somatiske – og psykiske skole. Fænomenologien blev introduceret af Jaspers som en metode, der kunne overvinde de daværende modsætninger mellem »somatickere« og »psykikere«. Udgangspunktet for at indføre denne nye beskrivelsesmåde var en reaktion både mod den somatiske skoles positi-

vistiske symptombeskrivelser, som de f.eks. kom til udtryk i de Kraepelin'ske diagnoser, og mod den psykiske skoles sygdomsforklaringer, som de kom til udtryk i psykoanalysen. Jaspers betragtede ikke psykologien som anvendelig til at afdække og forklare de kausale sammenhænge bag psykiske sygdomme. Årsagsforklaringer skulle alene søges inden for det somatiske regi.

Det er denne tankegang, der på godt og ondt præger dansk psykiatri, – psykologisk set:

»På godt« i den forstand, at fænomenologien tilfører psykiatrien en subjektiv dimension, som sætter fokus på den oplevede verden. Og selv om det ikke altid står klart, om det er patientens eller iagttagers subjektivitet, der er mest i fokus, så må selve det, at subjektet inddrages, betragtes som et gode, – ikke mindst som modstykke til, at det er den objektiviserende udvendige symptombeskrivelse, der danner grundlag for den psykiatriske diagnostik.

»På ondt« i den udstrækning, fænomenologien hæmmer eller ligefrem forhindrer, at en psykisk skole får plads til at udvikle en psykisk patogenese og ætiologi. Det synes i vid udstrækning at være tilfældet i dansk psykiatri, og er også i overensstemmelse med en Jaspers'sk opfattelse, hvor psykologien kun bruges til at beskrive og forstå –, men ikke til at forklare de psykiske fænomener. Patogenese og ætiologi hører under den somatiske sygdomslære.

Jaspers udbyggede og supplerede det fænomenologiske synspunkt med et hermeneutisk. Til beskrivelsen af de oplevede fænomener føjedes en empatisk forståelse af meningen med de oplevede fænomener. Dansk psykiatri ligger nærmere den fænomenologiske end den hermeneutiske ende af dette kontinuum, men da hermeneutikken er af betydning for at forstå det sygdomsbegreb, der er gældende i dansk psykiatri og for at forstå de ovennævnte uklarheder i forholdet mellem psyke og soma, skal jeg skitsere hovedtankerne.

Det hermeneutiske mål er, så langt det er muligt, at forstå meningen bag menneskers oplevelser og adfærd. Dette mål gælder alle, også mennesker med psykisk sygdom. Men for de sidste, gælder også, at det ikke er alle deres oplevelser og reaktioner, der kan forstås empatisk. Den hermeneutiske holdning vil nå en grænse, hvor empatien ikke længere rækker til, og hvor patientens oplevelser og adfærd synes uforståelige og meningsløse. Her skifter de psykiske fænomener karakter og bliver til symptomer. Symptomerne er udtryk for, at en somatisk proces er trængt ind og har forstyrret den ellers meningsfulde sammenhæng i patientens liv. Det nye element i de psykiske fænomener kan ikke forstås, men kun forklares somatisk. Graden og arten af forstyrrelse vil variere afhængigt af den somatiske proces, og i den udstrækning psyken ikke er ramt, kan den fænomenologiske og hermeneutiske holdning anvendes. Et psykisk sygt menneske vil så at sige kunne anvende sin ikke-forstyrrede psyke til

at fortælle om oplevelsen af sin forstyrrede psyke.

Disse to måder at forholde sig på, den meningsfulde forståelse over for normale fænomener, og den kausale forklaring over for unormale fænomener, er blevet hjørnesteenene i dansk psykiatrisk sygdomslære. Dette sygdomsbegreb betyder, at man kan have én psyke-soma opfattelse, når det drejer sig om uforståelige psykiske fænomener, og en anden, når det drejer sig om forståelige psykiske fænomener. I første tilfælde er opfattelsen reduktionistisk, mens det ikke er så entydigt, hvad den er i andet tilfælde.

På flere måder skaber dette dobbeltsyn på psykiske fænomener problemer.

Dels er der uklarheden mht, hvilke psykiske fænomener der tales om, når psyke-soma forholdet diskuteres, jvf. den ovennævnte forvirring ved en tekst, der angav én opfattelse, men indholdsmæssigt synes styret af en anden. Det, tror jeg, bunder i, at forfatterne ikke skelnede, eller i hvertfald ikke angav, hvilke af de to former for psykiske fænomener, de sigtede til, når de beskrev forholdet som emergent.

Dels er der spørgsmålet, om det overhovedet er muligt at trække en grænse mellem det, der kaldes forståelige og uforståelige reaktioner, eller om psykiske reaktioner snarere placerer sig på et kontinuum med glidende overgange fra de normale til de unormale. Den sidste opfattelse synes at ligge nærmere både en dagligdags og en psykologisk anskuelse, hvor det er kendt, at reaktioner, der umiddelbart er uforståelige, bliver forståelige, når man får lyttet mere og undersøgt konteksten nærmere, eller evt. gennem psykologisk behandling får indblik i reaktionens sammenhæng med psykologiske processer, der ikke er bevidste for personen selv. Dermed rejses endnu et spørgsmål vedrørende grænsedragningen mellem forståelige og uforståelige reaktioner. Hvem trækker grænsen mellem, hvornår en reaktion er forståelig, og hvornår den bliver til et symptom, der skyldes en somatisk proces? Er det lægmanden, der er mest upåvirket af viden og teorier, eller er det den professionelle, og i så fald hvilken profession? Der vil være forskel på, hvad lægmanden, den somatiske og den psykologiske ekspert vurderer som en forståelig og en ikke forståelig reaktion.

Endelig er der spørgsmålet om, hvordan man forklarer forholdet mellem psykisk sygdom og personlighed. Hvordan skelnes mellem psykiske sygdomssymptomer og forstyrrede personlighedstræk? og hvad skyldes sidstnævnte? Er de såkaldte personlighedsforstyrrelser, som de fremstår i diagnosesystemerne ICD 10 og DSM IV heller ikke forståelige? Kan de også kun forklares v.hj.a. somatiske processers indtrængen i personligheden?

Over for denne reduktionistisk baserede sygdomsopfattelse, som gør sig gældende i dansk psykiatri, står den psykiske skoles sygdomsopfattelse.

Den psykiske skoles sygdomslære og psyke-soma opfattelse:

Af de psykiske skoler er psykoanalysen som nævnt den eneste, der har en sammenhængende model for symptomatologi, patogenese og ætiologi.

I denne model kan personlighed og psykisk sygdom ikke skilles ad. Det udviklingspsykologiske perspektiv er centralt i den psykiske sygdomslære. Psykisk sygdom har sin rod i personlighedsudviklingen, og symptomerne ses som sammenhængende og integreret med personligheden.

Psykisk konflikt, sårbarhed og forsvarsmekanismer er centrale begreber i sygdomslæren. Individet opfattes aldrig isoleret, men som agerende og delagtig i sine sociale omgivelser. Symptomernes opståen forudgås af oplevelsen af en uløselig og ubærlig situation. Oplevelsen og reaktionen på oplevelsen er snævert forbundet med personlighedens organisering. Jo dårligere integreret, jo flere sårbare områder, jo mere uhenigtsmæssige reaktioner, jo større risici for forstyrrede reaktioner og psykisk sygdom.

Personlighedsdannelsen er særlig udsat i de første leveår for forstyrrelser og fejludvikling. Det er i disse år højerestående psykiske funktioner som perception, tænkning, sprog, følelses- og viljesliv tager form og organiseres. Uanset årsag kan forstyrrelser i udviklingen på dette tidlige tidspunkt medføre, at organiseringen af de psykiske funktioner bliver usikker og skrøbelig. Det er denne sårbarhed i personlighedsfundamentet, som disponerer for forstyrrede reaktioner.

Patogenetisk er der tale om et komliceret samspil mellem dynamiske og overvejende ubevidste processer. Basalt kan man sige, at hvor den fænomenologiske psykiatri i mødet med det uforståelige vælger den somatiske patogenese som forklaring på det uforståelige, så vælger psykoanalysen den psykiske patogenese og forklarer v.h.j.a. de ubevidste processer det uforståelige, så det bliver forståeligt.

Den psykiske baggrund for symptomerne vil være forskellig afhængig af personlighedsstruktur og symptomets art. Nogle symptomer vil være udtryk for en styrkelse eller en aktivering af det psykiske forsvar, og symptomerne vil vise sig som enten accentuering af eksisterende personlighedstræk eller som nye psykiske forstyrrelser. Eksempelvis kan projektionen af aggressive processer forstærkes og tilføje mistænksomheden en paranoid farvning, eller der kan ske en aktivering af en benægtelse af den ydre virkelighed, som vil vise sig som en psykotisk forvrængning af realitetsoplevelsen.

Denne sygdomsmodel er forenelig med flere opfattelser af psyke-soma forholdet. De fleste nulevende psykoanalytikere, der beskæftiger sig med dette spørgsmål, er aktuelt mest optaget af den forskning, der foregår vedrørende hjernens plasticitet, og de konsekvenser disse resultater har for forståelsen af psykisk sygdom og for, hvordan psykoterapi kan tænkes at sætte sin spor i hjernen. Den holdning til psyke-soma, de i den for-

bindelse giver udtryk for, – mere eller mindre eksplicit, er i overensstemmelse med en emergensmodel (Gaddini-87, Robbins-90, Gabbard-92, Levin-95). De højerestående psykiske funktioner betragtes som ikke reducerbare. De er opstået eller udsprunget af neurale aktiviteter, men neurale data vil aldrig være tilstrækkelige til at forklare psykiske fænomener. For psyken er mere end summen af neuronerne. Med de psykiske fænomener er opstået noget kvalitativt nyt. Psyken repræsenterer en ny organisering på et kompleksitetsniveau, der kræver sine egne begreber. En fyldestgørende beskrivelse og forklaring kan kun ske v.h.j.a. den psykologiske videnskabs begreber, metoder og teorier.

Da man inden for den psykiske skoles sygdomslære betragter de psykiske fænomener liggende på et kontinuum fra syge til raske, gælder den samme psyke-soma opfattelse for alle psykiske fænomener. Det vil sige, at både de forstyrrede – og de normale fænomener kun kan beskrives og forklares fyldestgørende inden for rammerne af den psykologiske videnskab.

EN FÆLLES PSYKE-SOMA OPFATTELSE FOR DE TO SKOLER UNDER HENSYNTAGEN TIL BEGGE SKOLERS EMPIRI

Kan den psykiske og somatiske skole udforme en fælles psyke-soma opfattelse for psykiatrien?

Som de to skoler ser ud i dag, er deres opfattelse af psykisk sygdom og psyke-soma forholdet antagonistisk, og det er derfor utænkeligt, at de kan blive enige om en fælles opfattelse af psyke-soma forholdet.

Som minimum for at forene et somatisk og psykisk perspektiv på psykiske sygdomme må gælde, at man ikke eliminerer hinandens synsvinkler gennem enten en materialistisk eller idealistisk reduktionisme.

Emergensmodellen er et bud på en psyke-soma opfattelse, der efterlever dette krav, og da den tilmed peges på af både somatikere og psykikere, vil jeg i det følgende skitsere modellens konsekvenser for en psykisk sygdomslære, og samtidigt pege på nogle problemer i den psykiatriske virkelighed, der er forbundet med eller afledt af psyke-soma temaet.

Symptombeskrivelse og diagnosticering:⁵

At betragte de psykiske symptomer som emergente betyder, at en differentieret og fyldestgørende beskrivelse kun kan ske v.h.j.a. begreber og teorier fra den psykologiske videnskab.

Ser vi på den psykiatriske praksis, er det påfaldende, hvor lidt indflydelse den psykologiske grundvidenskab har haft på psykiatrien og hvor få af de begreber, der anvendes i symptombeskrivelsen og diagnostikken,

der er hentet fra denne videnskab. Det er, som Strømgren (-64, s.10) skriver, de »medicinsk psykologiske begreber«, man »lidt amatøragtigt« selv har opbygget, der anvendes.

Det kan skyldes flere ting. Psykiske sygdommes historiske tilhørsforhold til lægevidenskaben er en vigtig faktor, som har medført, at det psykologiske speciale, der har genstand fælles med psykiatrien, den kliniske psykologi har fået en underordnet rolle som en hjælpedisciplin i psykiatrien. I første omgang ved at bidrage med psykologiske test til det diagnostiske arbejde, og i næste ved at bidrage med psykologiske metoder og teknikker til behandlingsarbejdet. I dag, 50 år efter at klinisk psykologi blev introduceret i dansk psykiatri, har situationen på dette område ikke ændret sig mere, end at Strømgrens 30 år gamle beskrivelse stadig gælder: »Mens læren om somatiske sygdomme naturligt bygges op på vort kendskab til den normale anatomi og fysiologi, kan det ikke siges, at læren om psykiske afvigelser i tidens løb har haft nævneværdig nytte af det billede, som normalpsykologien har skabt af den menneskelige psyke« (-64, s.10).

Når det ikke er lykkedes for den kliniske psykologi at markere sig som selvstændig disciplin med egen grundvidenskab, er det nok dels fordi, kliniske psykologer i symptombeskrivelsen i højere grad har rettet sig ind efter de medicinsk psykologiske begreber fra den deskriptive psykiatri end trukket på den almene psykologiske begreber. Og dels fordi man i sine personlighedsbeskrivelser har trukket på psykoanalytiske teorier og begreber. Dertil kommer, at psykoanalysen ikke har udviklet egen symptomatologi og eget diagnosesystem.⁶ Fokus for psykoanalysens undersøgelser er det patogenetiske snarere end symptombilledet, og i stor udstrækning har man anvendt de gældende symptombaserede sygdomsenheder og kun i beskedent omfang bidraget med egne. Desuden er de diagnoseenheder, som er udviklede af psykoanalysen, senere hen blevet opslugt og omformuleret af det gældende diagnosesystem. I den forbindelse kan henvises til den kontrovers, der foregik i USA i 70'erne under forarbejdet til DSM III, om hvorvidt diagnosen for borderline-personlighedsforstyrrelse skulle stilles på de oprindelige strukturelle personlighedsvariable i overensstemmelse med psykoanalytiske kriterier eller på operationelt deskriptive personligheds-kriterier. Det var sidstnævnte skole, der vandt. Tilsvarende deskriptive kriterier for personlighedsforstyrrelserne er også kommet til at gælde i det internationale diagnosesystem ICD 10, som anvendes i Danmark. Og som et kuriosum kan nævnes, at man i den danske oversættelse har valgt at anvende den psykoanalytiske term »forstyrrelser af personlighedsstruktur« (WHO ICD-10, -93) i stedet for den direkte oversættelse »personlighedsforstyrrelse« (The ICD-10, -92).

Patogenese og diagnose:

At betragte de psykiske fænomener som emergente betyder, at symptomerne ikke kan forklares fyldestgørende, hvis man ikke inddrager de psykiske sygdomsprocesser.

Som beskrevet oven for indgår denne tankegang ikke i dansk psykiatri. Alligevel optræder den i den psykiatriske praksis' begreber, der tilhører det psykiske patogeneseniveau. Det drejer sig om de dynamiske intrapsykeiske begreber som anvendes i den kliniske psykologis personlighedstest, som netop har den funktion at belyse og forklare symptomerne, så de fremstår mere nuancerede.

Hermed opstår en modsætning. På den ene side har vi en psykiatri, der beskæftiger sig med psykologien på det deskriptive og ikke på det patogenetiske niveau, og som baserer sin diagnostik på udvendige operationelle kriterier. På den anden side har vi en række personlighedstest, hvis funktion er at gøre den psykiatriske diagnostik mere præcis og nuanceret, og som hovedsageligt bygger på psykoanalytisk teori med begreber fra det psykiske patogeneseniveau. Det kan ikke undgå at skabe problemer.

En måde at løse problemerne på er at afskaffe personlighedstestene. Måske er dette baggrunden for, at testene i dag ikke anvendes generelt i psykiatrien. Er man tilfreds med en beskrivelse af patienternes sygdomme på basis af ICD 10's udvendige adfærdsdiagnostik, er de foreliggende personlighedstest overflødige. Fastholder man derimod en forankring i dansk psykiatriske fænomenologiske tradition, er en ICD 10-beskrivelse utilstrækkelig, og selv om personlighedstestenes begreber ikke er fænomenologiske, og selv om de sigter mod et psykisk patogenetisk niveau, er det alligevel i denne del af psykiatrien, de finder deres anvendelse.

Man har fundet en *modus vivendi*. Den kliniske psykologi ved at levere sine præmisser på det dynamiske niveau og sine konklusioner på det psykiatriske deskriptive niveau. Den fænomenologiske psykiatri ved at få tilført alternative beskrivelser og lukke øjnene for testenes mest oplagt dynamiske begreber og opfatte de øvrige som værende på symptomniveauet. Det sidste lader sig gøre, fordi symptom- og patogenesebeskrivelse begge gør brug af psykologiske termer, og som sådan er uden den skarpe skillelinie, der selvsagt er mellem en psykisk symptomatologi og en somatisk patogenese.

Det ætiologiske niveau

Det ætiologiske sygdomsbillede er sammensat af mange komponenter. I første omgang er der de primære og de egentlige årsager, uden hvilke sygdommen ikke opstår. Dernæst er der de udløsende årsagsfaktorer, som virker på baggrund af de første og medvirker til, at sygdommen manife-

sterer sig. De primære årsager kan alene eller i samspil med de udløsende årsager give anledning til en kæde af årsagsled, der vil indgå i de patogenetiske processer.

For overskueligheden og for at undgå sammenblanding mellem det ætiologiske og patogenetiske niveau, er det kun det første led i årsagskæden, der vil blive omtalt.

En primær årsag kan skyldes enten en indre eller ydre faktor (se fig. 3).

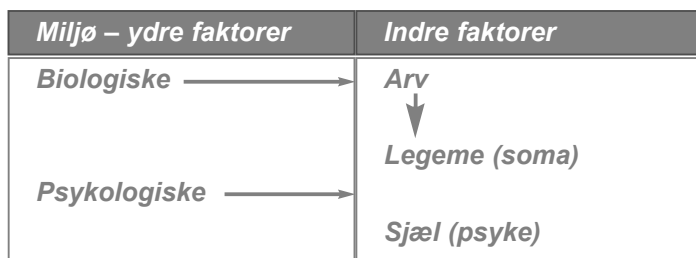


Fig. 3. Samspillet mellem ydre og indre faktorer

De indre årsager er de genetiske faktorer. De ydre årsager kan være biologiske, f.eks. et virus og de kan være psykologiske, f.eks. en kommunikation. De ydre faktorer påvirker de indre somatiske og psykiske processer, og disse påvirkninger sætter deres midlertidige eller varige spor i de indre processer.

Sygdomme er et produkt af samspillet mellem de tre komponenter: de ydre faktorer, de ydre faktorer, som er blevet til indre, og de genetiske faktorer. For de psykiske sygdommes vedkommende er man uden kendskab til de primære årsager. Man ved derfor heller ikke, hvor stor rolle hver af komponenterne spiller for de enkelte sygdommes opståen.

P.gr.a uvidenhed om de egentlige eller primære årsager er man nødt til at tænke i hypotetiske modeller for, hvordan psykisk sygdom opstår. En bredt accepteret model i psykiatrien er den multifaktorielle diathese-stress model, som forklarer en sygdoms opståen som et samspil mellem en dispositionel indre faktor (diathesen) og ydre udløsende stresspåvirkninger. Diathesen kan skyldes somatiske og/eller psykiske forhold.

Den reduktionistiske holdning i psykiatrien afspejler sig i, at diathesebegrebet opfattes som synonymt med genetiske faktorer eller tidlige biologiske processer, mens afvisningen af psykiske faktorer som primære årsager afspejler sig i følgende citat fra en artikel om årsager til psykiske sygdomme: »Meget har været foreslået gennem tiderne: Gudernes straf, et syndigt liv, forstyrrelser af legemsvæskerne, tidlige traumer i barndommen etc.« (Rosenberg-96, s.17). For at undgå misforståelser anvender den psykiske skole oftest sårbarheds-terminen i stedet for diathese-terminen. Sårbarhed kan skyldes såvel biologiske som psykologiske forhold, og under sidstnævnte placeres evt. tidlige traumer i barndommen.

Modellen for årsagsforholdene er nært forbundet med sygdomslære og opfattelse af psyke-soma forholdet.

Sygdomslære: Uanset om der er tale om en biologisk eller psykologisk årsag til den dispositionelle faktor, er diathese/sårbarheds-stress modellen i overensstemmelse med den psykiske skoles opfattelse af sygdom som en udviklingsforstyrrelse, mens den er sværere at forene med billedet af psykisk sygdom som en somatisk proces, der som noget fremmed trænger ind i psyken og skaber symptomerne.

Psyke-soma: Det klassiske psyke-soma problem beskæftiger sig med forholdet mellem indre psykiske og indre somatiske processer. Når man beskæftiger sig med den primære ætiologi rejser der sig et andet psyke-soma problem, der vedrører forholdet mellem ydre psykologiske påvirkninger og indre somatiske og psykiske processer. Denne særlige udgave af psyke-soma problemet, der kan formuleres som spørgsmålet om, hvordan de ydre psykologiske stimuli omsættes til indre psykiske og somatiske processer, ser man sjældent diskuteret, men forekommer nok så interessant, når det drejer sig om psykologiske årsager til psykiske sygdomme.

I fig. 4 er dette problem angivet ved de stiplede linier, mens det klassiske psyke-soma problem er angivet ved et spørgsmålstejn.

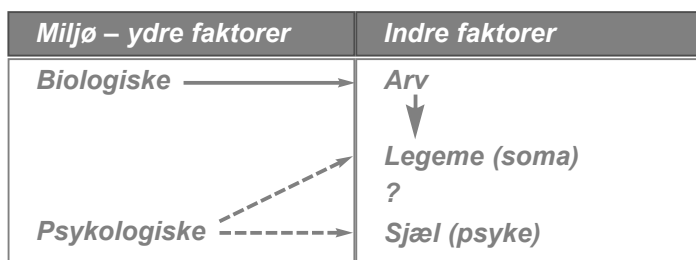


Fig. 4. Samspejlet mellem ydre og indre faktorer.

Problemet kan anskues fra henholdsvis en reduktionistisk og antireduktionistisk synsvinkel.

En reduktionistisk løsning vil vel kræve, at man tror på, at det en dag vil være muligt at oversætte og reducere de psykologiske aspekter f.eks. af en kommunikation til de lys- og lydbølger, der udgør kommunikationens fysiske side. Emergenmodellen ville anvendt på dette problem vel betyde, at den fysisk-kemiske side i en kommunikation kunne betragtes som den baggrund, den psykologiske kommunikation udspringer og bæres af, men aldrig kan reduceres til.

Behandling

Psykiatrisk behandling består af både medicinske, psykologiske, pædagogiske og sociale interventioner. Den enkelte patient kan tilbydes et bredt udvalg af de forskellige behandlingsformer. Behandlingsformerne kan hver for sig rette sig mod symptomer, patogene eller ætiologi. Man kan ikke slutte fra effekten af en psykologisk henholdsvis medicinsk behandling til sygdommens psykiske eller somatiske ætiologi. I overensstemmelse med den psykiatriske sygdomsopfattelse får de fleste patienter medicinsk behandling. Behandlingen retter sig mod de somatiske sygdomsprocesser, men da den somatiske patogenese er ukendt, udvikles de medicinske præparater via erfaring fra tidligere præparater og en prøven sig frem. Når patienterne modtager psykologisk behandling vil den somatiske skole primært opfatte behandlingen som rettet mod symptomerne eller mod de udløsende årsagsfaktorer, mens den psykiske skole vil opfatte behandlingen som potentielt egnet til alle tre niveauer. I det omfang, der er en viden om den psykiske patogenese, indgår denne viden sammen med erfaring og prøven sig frem i udformningen af behandlingen

TILBAGE STÅR KRAVET OM AT TAGE HENSYN TIL BÅDE DEN PSYKISKE OG SOMATISKE SKOLES EMPIRI VED UDFORMNINGEN AF EN FÆLLES FILOSOFISK OPFATTELSE AF SYGDOM OG PSYKE-SOMA FORHOLDET

Eller man kan spørge, hvilken filosofi svarer bedst til den psykiatriske virkelighed – den emergente eller reduktionistiske?

Spørgsmålet er alt for omfattende til at kunne belyses blot tilnærmelsesvist inden for denne artikels rammer og ud fra den tilgængelige empiri. Jeg skal derfor begrænse mig til at illustrere nogle aspekter af problematikken ud fra en enkelt sygdom, den skizofrene.

Symptomer og diagnosticering af skizofreni

Skizofreni er karakteriseret ved forstyrrelser i flere af de højerestående psykiske funktioner. Det kan dreje sig om tænkning, perception, følelsesliv, viljesliv og objektrelationer. Periodisk vil den skizofrene patient reagere psykotisk med alvorlige forstyrrelser i virkelighedsopfattelsen i form af f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger. Det er på baggrund af det samlede symptombillede og varigheden af de psykotiske perioder, at diagnosen stilles. Der har gennem tiderne været meget varierende diagnostiske kriterier, og der er fortsat stor uenighed om, hvordan man skal betragte de forskellige symptomer, og om hvilke kriterier, der skal ses som primære og hvilke som sekundære. Disse forhold kommer bl.a.

til udtryk ved, at hyppigheden af diagnosen varierer meget, selv mellem nærtliggende psykiatriske afdelinger, og uden at der tilsyneladende er andre væsentlige grunde end forskellige diagnostiske kriterier.

Uden at gå i detaljer med indholdet i de mange diskussioner og uenigheder, hænger de utvivlsomt sammen med, at man med skizofrene symptomer ikke har at gøre med simple neuropatologiske fænomener, men med særdeles komplekse psykiske fænomener.

Inden for den somatiske psykiatri har der sideløbende med den neurologisk teknologiske udvikling, været en tendens til at simplificere og indskrænke interessen for symptomatologien til kognitive fænomener som f.eks. indlæring, hukommelse, opmærksomhed og informationsbearbejdning. Som for at understrege det neurologiske og som en pendant til termen hjernesygdomme, benævnes de kognitive funktioner konsekvent for »neuropsykologiske« funktioner, – som om de indtager en anden og særlig status i forhold til andre psykologiske fænomener. Specielt i England og USA har der været en stor forskningsaktivitet med henblik på at kortlægge kognitive dysfunktioner hos skizofrene og sammenholde dem med forhold i hjernen. Den omfattende litteratur viser forskelligartede og usikre resultater, og ved et nyligt internationalt symposium i København (Rigshospitalet-97) var det overvejende indtryk, at forskningsresultaterne ikke har levet op til forventningerne, og at de skuffende resultater udfordrede til at finde nye veje.

Set i lys af spørgsmålet om en reduktionistisk respektiv emergent holdning til psykiske fænomener, er det nærliggende at se de uensartede resultater som en følge af, at den reduktionistiske forskning ensidigt har fokuseret på de kognitive funktioner, og ikke taget hensyn til, at psyken er mere end kognitioner, og at også skizofrene mennesker har følelser, viljesliv og objektforhold, der er med til at styre deres reaktioner. Et samarbejde mellem kognitive og psykoanalytiske forskere kunne sandsynligvis bidrage til et mere fuldstændigt og validt billede af de skizofrenes reaktioner. Og måske ville et sådant samarbejde vise, at netop den diffuse og vage personlighedsorganisering hos skizofrene gør, at der ikke kan opnås entydige resultater ved at forske i isolerede psykiske funktioner.

Sygdomsopfattelse

Selv om det er de samme psykiske begreber, den somatiske og psykiske psykiatri anvender i symptombeskrivelsen, er der stor forskel på den måde, de skizofrene symptomer fremstilles på.

I den somatiske skole, hvor sygdomme betragtes som noget, der trænger ind og forstyrrer hele eller dele af personligheden, beskrives symptomerne løsrevet og adskilte uden psykisk sammenhæng og mening. De skizofrene personers symptomer er uden for psykologisk rækkevidde, og de uforståelige reaktioner forklares som resultat af ændringer i hjernen.

Det skal tilføjes, at man gennem de senere år har fjernet sig fra den klassiske beskrivelse af skizofreni som en sygdom, der som noget nyt tilkommende sætter ind på et vist tidspunkt i den pågældendes liv (Strømgren-64) og i stedet nærmer sig en opfattelse, hvor man ser skizofreni som en udviklingsforstyrrelse, der kan spores tilbage til den tidlige barnealder (Parnas-94).

I den psykiske skoles sygdomsopfattelse ses symptomerne som psykisk sammenhængende og integreret med personligheden. Symptomerne ses som »forstørrelser« af eksisterende personlighedstræk eller som udtryk for, at psykiske forsvarsmekanismer er blevet aktiverede. Eksempelvis kan personer, der er præget af en tendens til »overabstrakte« tankeforstyrrelser blive endnu mere vage eller »overabstrakte« i situationer, der er følelsesmæssigt provokerende for dem. Eller man kan se personer, der har tendens til at reagere med tilbagetrækning i vanskelige situationer, forstærke denne tilbagetrækning i en sådan grad, at de mister virkelighedsopfattelsen og kan opleve, at verden og de selv går i opløsning. Nogle personer kan modvirke denne oplevelse ved aktivering af psykiske forsvar som f.eks. projektion, der er en central proces i den psykiske patogenese bag hallucinationer og vrangforestillinger. Forstået således at den hørehallucinerede hører sin egen indre stemme, lagt ud i omverdenen, og den paranoides angst for forfølgerens vrede er angsten for egen vrede, lagt ud i forfølgeren.

Udviklingspsykologisk føres de skizofrene symptomer tilbage til den tidligste fase i personlighedsdannelsen, hvor ydre eller indre årsagsfaktorer kan forstyrre udviklingen af de basale psykiske funktioner. Hvis de psykiske funktioner senere hen bryder sammen ved stresspåvirkninger, vil de reorganiseres på en måde, der i visse henseender kan sammenlignes med funktionsmåderne i den tidlige personlighedsdannelse. Patogenetisk beskrives sammenbruddet som en psykisk regression. Både den »overabstrakte« tænkning og overdrevne anvendelse af projektionen er eksempler på regressive funktionsmåder. Ofte finder det første psykotiske sammenbrud sted i ungdomsårene, hvilket hænger sammen med, at denne alders psykiske og sociale krav ofte opleves som en belastende stresssituation af den sårbare og skrøbelige unge.

Den somatiske skole har tilnærmet sig den dynamiske sygdomsopfattelse af skizofreni som en udviklingsforstyrrelse. Empirien støtter denne opfattelse. Både retro- og prospektive undersøgelser peger dels på, at bestemte psykiske træk og særheder er karakteristiske for skizofrenes præmorbid personlighed, og dels på, at der er en sammenhæng mellem disse træk og nogle af de skizofrene symptomer (Hartmann-84, Klosterkötter-97).

Ændringen i den somatiske skoles sygdomsopfattelse har ikke ændret ved den bagvedliggende reduktionistiske holdning: »Flere undersøgelser i de sidste 20 år tyder på, at skizofreni er det, man kalder en udviklingsforstyrrelse, dvs. en sygdom, der kan spores tilbage til en skadelig

påvirkning af hjernen før, under eller tidligt efter fødslen. Skaden kan være arveligt betinget eller være opstået i fostertilstanden og/eller de første leveår« (Asser-97, s.27).

Undersøgelser har vist, at man hos nogle skizofrene kan se hjerneændringer. Det er ikke hos alle, og der er overlapning med hjerneforhold hos normale. Der er ikke fundet entydige sammenhænge mellem symptomer og hjerneforhold. En reduktionistisk holdning og en sammenblanding af patogenese og ætiologi har ført til, at den somatiske psykiatri tilskriver disse ændringer biologiske årsager eller tildeler dem en årsagsstatus. Man ser dem ikke som sygdomsprocesser, der kan være forårsagede af enten somatiske eller psykiske forhold. Resultater fra undersøgelser over hjernens plasticitet har vist, at såvel intellektuelle som følelsesmæssige stimuleringer kan bevirke ændringer i hjernen (Schanberg-87, Mogenssen-94).

Resultaterne fra den skizofrene hjerneforskning og fra testpsykologiske undersøgelser af skizofrene er forenelige med en emergensmodel. De hjerneændringer, der er fundet svarer til at psykiske fænomener har en neural basis. Når det ikke er lykkedes at finde mere systematiske afvigelser hos alle skizofrene, kan det være fordi, det drejer sig om en specifitet på et lavere niveau end symptomdannelsen, svarende til, at det kun er på det psykiske niveau, man kan foretage den differentierede beskrivelse.

Skizofreniens ætiologi

De egentlige eller primære årsager til skizofreni kendes ikke. Der er hverken fundet psykiske eller somatiske faktorer, der er nødvendige og/eller tilstrækkelige for, at skizofreni udvikles. Man ved, der er en øget risiko for skizofreni i familier, hvor der er skizofreni. Denne risiko kan både bero på genetiske og miljømæssige faktorer.

I dansk psykiatri lægges stor vægt på den genetiske faktor. Hverken epidemiologiske eller molekylær-genetiske undersøgelser har ført til entydige konklusioner angående den genetiske faktor. Internationalt er den somatiske psykiatri delt i dem, der lægger hovedvægten på genetiske faktorer, og dem, der lægger den på biologiske miljøfaktorer. Til de sidste hører præ- og postnatal virusinfektion og fødselskomplikationer. Resultaterne fra nyere tvillinge- og adoptionsundersøgelser taler for en større vægtning af miljøfaktoren (Davis-95, Portin-97).

For de psykologiske miljøfaktorerers vedkommende er der undersøgelser, der peger på, at moderens stress i fostertilstanden, forstyrrelser i kommunikation, kontakt og realitetsopfattelse i det tidlige opvækstmiljø kan have en ætiologisk betydning for skizofreni (Huttunen-78, Goldstein-87, Tienari-94, Wahlberg-97). En nylig undersøgelse har fundet øget hyppighed af skizofrene blandt 2. generations indvandrere i en etnisk gruppe. Biologiske faktorer synes at kunne udelukkes, og tilbage

står en nærmere afgrænsning af, hvad det er for psykologisk-sociale årsager, der gør sig gældende (Hutchinson-96, -97).

Inden for det ætiologiske område synes der en vis opblødning på vej mellem skolerne. Især en finsk adoptionsundersøgelse har flyttet fokus fra den genetiske faktor til psykologiske forhold og til interaktionen mellem genetiske og psykologiske faktorer (Tienari-94, Wahlberg-97). Ligeledes har man set både tilhængere af den somatiske – og den psykiske skole omtale skizofreni som værende en heterogen sygdom, sammensat af flere undergrupper. Det betyder, at tilsyneladende ens symptombilleder kan vise sig at have forskellig ætiologisk og patogenetisk baggrund, enten psykologisk og/eller biologisk.

Hypotesen om skizofreni som en heterogen sygdom er forenelig med et fænomen som superveniens, der knytter sig til emergensmodellen. Anvendt på skizofreni betyder det, at ens psykiske symptomer kan have forskellig neural baggrund, og omvendt kan forskellige symptomer have ens baggrund, »... enstrengt kausalitet er kun niveauintern. Kausaliteten mellem niveauerne vil altid være af typen 'mange-til-én-til-mange'« (Køppe-90).

Oven for blev stillet spørgsmålet, hvilken filosofi svarer bedst til den psykiatriske virkelighed – den emergente eller reduktionistiske, og er der noget i den tilgængelige empiri, der peger på den ene eller anden opfattelse?

Der er ikke i hverken de somatiske eller psykiske skizofrenidata, som er refereret her, noget der taler imod at opfatte de skizofrene fænomener som emergente, snarere tværtimod. Forholder man sig derimod reduktionistisk vil vigtige informationer gå tabt om både den psykiske patogenese og ætologi. Og i så fald bliver forholdet til patienterne ikke blot uden psykologisk indhold og teori, – det kan også risikere at blive inhumant.

NOTER

1. Når man skriver inden for dette område, står man over for mange valg m.h.t. termer. F.eks. valget mellem sygdom eller lidelse, mellem psyke, personlighed, sjæl, sind eller ånd, mellem soma, biologi, legeme eller krop, mellem patogenese eller sygdomsprocesser og flere andre. Hensynet til at undgå unødige klodsede formuleringer og til at anvende en ensartet terminologi har været afgørende. Det betyder bl.a., at sygdoms- i stedet for lidelsestermen anvendes, selv om jeg foretrækker sidstnævnte, og at soma-terminen anvendes på steder, hvor det f.eks. ville være mere præcist at skrive nervesystemet eller hjernen.
2. Patogenesetermen anvendes her i betydningen, sygdomsprocesser, og er foretrukket frem for den mere entydige, men sprogligt mere u håndterlige term, sygdomsprocesser.

3. I de tidligere lærebøger og diagnosesystemer indgik kategorien psykogen eller reaktiv psykose, defineret som en psykisk betinget psykose. Der har været megen diskussion om berettigelsen af denne diagnose, og om hvorvidt en psykisk årsag havde karakter af at være en primær eller udløsende årsagsfaktor. I den seneste lærebog omtales psykogeni-begrebet med så stor skepsis, at det højst kan placeres blandt de sidstnævnte.
4. Begrebet er forklaret s. 406.
5. Diagnosticeringsproblemet berører alle niveauer i sygdomslæren. Da det bliver for omfattende at diskutere dette emne i et selvstændigt afsnit, indgår det både i symptom- og patogeneesafsnittet.
6. For de få, der har gjort et forsøg, som f.eks. Menninger (-63), er det blevet ved forsøget.

REFERENCER

- ASSER, M. m. fl. (1997): *Skizofreni*. København: PsykiatriFonden
- BOLWIG, T.G. (1997): Psykiatri. *Ugskr. Læger*, 159: 5925.
- CAMERON, N. (1963): *Personality development and psychopathology. A dynamic approach*. Boston: Houghton Mifflin comp.
- DAVIS, J.O. (1995): Prenatal Development of Monozygotic Twins and Concordance for Schizophrenia: *Schizophrenia Bull* 21: 357-66.
- GABBARD, G.O. (1992): Psychodynamic Psychiatry in the »Decade of the Brain«. *Am J Psychiatry* 149: 991-998.
- GADDINI, E. (1987): Notes on the mind-body question. *Int. J. Psycho-Anal.* 68: 315-329.
- GOLDSTEIN, N.J. (1987): The UCLA High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 505-14.
- HARTMANN, E. : Vulnerability to Schizophrenia: *Arch. Gen. Psychiatry*: 41, 1050-56.
- HEMMINGSSEN, R. (1997): Psykiatrisk perspektiv. *Ugskr. Læger*, 159: 5926-27.
- HEMMINGSSEN, R. m. fl. (1994): *Klinisk psykiatri*, København: Munksgaard.
- HEMMINGSSEN, R. , ROSENBERG, R. (1997): Bevidsthedsfysiologi, følelser og personlighed. *Ugskr. Læger*, 169: 1064-71.
- HUTCHINSON, G. (1997): Increased rate of psychosis among African-Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *Br. J. of Psychiatry*, 171: 145-47.
- HUTCHINSON, G. et al. (1996): Morbid Risk of Schizophrenia in First-Degree Relatives of White and African-Caribbean Patients with Psychosis. *Br. J. of Psychiatry*, 169: 776-80.
- HUTTUNEN, M.O. et al. (1978): Prenatal Loss of Father in Psychiatric Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 35: 429-31.
- KLOSTERKÖTTER, J. et al. (1997): Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr. Scand.* 95: 396-04.
- KØPPE, S. (1990): *Virkelighedens niveauer*. København: Gyldendal.
- LEVIN, F.M. (1995): »Psychoanalysis and the Brain«. i *The Major concept*. Burness Moore (ed). New Haven & London: Yale University Press.
- MENNINGER, K. et al. (1963): *The Vital Balance*. New York: The Viking Press.
- MOGENSEN, J. et al. (1994) Electroconvulsive Stimulation, Learning, and Protein Changes in the Rat. *Pharmacological Biochemistry and Behavior* 47: 647-57.

- PARNAS, J. (1994): »Det skizofrene spektrum« i Hemmingsen, R. m.fl. (1994): *Klinisk psykiatri* (s. 33-100). København: Munksgaard.
- PORTIN, P. (1997). A critical review of genetic studies of schizophrenia. I. Epidemiological and brain studies. *Acta Psychiatr Scand.* 95: 1-5.
- REISBY, N. (1980). »Psykiatriens historie« i Welner, J. (red.) (1980): *Psykiatri*. (s. 11-25). København: FADL.
- ROBBINS, M. (1992): Psychoanalytic and Biological Approaches to Mental Illness: Schizophrenia. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 40: 425-54.
- ROSENBERG, R. (1996): »Hvad ved vi om årsager til psykiske sygdomme?« i Gerlach, J. (1996): *Dansk Psykiatri, integration og udvikling*. København: PsykiatriFonden.
- SCHANBERG, S.M. et. al. (1987): Sensory deprivation Stress and Supplemental Stimulation in the Rat Pub and Preterm Human Neonate. *Child Development* 58: 1431-47.
- STRÖMGREN, E. (1964): *Psykiatri*. København: Munksgaard.
- TIENARI, P. et al. (1994)The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *British J. of Psychiatry.* 164: 20-26.
- WAHLBERG, K-E. (1997): Gene-Environment Interaction in Vulnerability to Schizophrenia: Findings From the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 154: 355-62.
- WHO ICD-10 (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.
- WHO ICD-10 (1993): *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Inst. f. Psykiatrisk grundforskning. Psyk. hosp., Århus. Risskov.