

FREUD OG PSYKIATRIEN

Bent Rosenbaum

Artiklen gennemgår ved nogle eksempler, hvorledes psykiatere med forskellig orientering ser på psykoloanalysen i dag, hvorledes psykiatrien og psykoanalysen gensidigt påvirker hinanden, samt hvorledes denne påvirkning kan føre til kliniske fremskridt for begge felter såvel som til teoretiske afsporinger, ikke mindst af psykoanalysens teori. Til sidst i artiklen omtales etikken som et felt, hvor psykoanalyse og psykiatri indtager forskellige positioner.

Freuds lægevidenskabelige fundament var i højere grad baseret på neurofysiologi og neuropatologi end på psykiatri. I forrige århundrede var neuropatologiens og psykiatriens områder ganske vist ikke så uddifferentierede som nu om stunder. Psykiatriprofessoren Krafft-Ebing beskrev f.eks. sadisme, masochisme, fetichisme og homoseksualitet under de cerebrale neuroser, som sammen med de andre af datidens neuroser (hysteri, hypokondri, neurasteni og epilepsi) tilhørte neuropatologiens domæne. Til psykiatriens område hørte psykoserne: melankoli, mani, paranoia, dementia præcox (senere skizofreni) samt hallucinatoriske psykoser. Flere af neuropatologiens sygdomstilstande er senere blevet kategoriseret som psykiatriske sygdomme og lidelser – ikke mindst på grund af Freuds arbejde med at beskrive lidelsernes psykogenese og grundlæggende psykiske processer. I Tyskland har man den dag i dag en række neuro-psykiatriske afdelinger som et udtryk for, at man fortsat anskuer "neuro"-videnskaberne og psykiatrien som uadskillelige.

Det er blandt andet Freuds bestræbelser på at beskrive, forklare og omklassificere de neuropatologiske tilstande, der har givet anledning til, at psykoanalyse og psykiatri i perioden efter Freud på godt og ondt er blevet forbundne discipliner. Samtidig med og delvis inspireret af Freud udfærdigede ledende psykiatere som Eugen Bleuler (1911), Karl Jaspers (1913), Ludwig Binswanger (1942), Adolph Meyer (1948-52) og Harry Stack Sullivan (1953) deres ideer om psykiatrien samt om de psykiatriske patienter og behandlingen af dem. Alt i alt trak disse ideer psykiatrien mod en mere dynamisk forståelse af patienternes lidelser end 1800-tallets dominerende moralske og organisk funderede opfattelse.

Det er næppe forkert at sige, at psykiatri og psykoanalyse, som to parter i et dårligt ægteskab, har været holdt sammen af både neurotiske, perverse og psykotiske mekanismer. Repræsentanter for de to parter har til stadighed

fornægtet, annulleret og forkastet modpartens teorier, hypoteser, forskningsmetoder og klinisk praksis. Men sideløbende hermed har der været både mange og magtfulde fortalere for den anskuelse, at felterne psykoanalyse og psykiatri er, og bør være, (symbiotisk) forbundne. Sidstnævnte opfattelse trivedes ikke mindst blandt amerikanske psykiatere i 1940'erne og 1950'erne (Oberndorff 1953, Hendrick 1955). Grundlaget for denne antagelse var, at det centrale i psykiatri og psykoanalyse var en forståelse af psykopatologiske sjælelige processer samt en behandling af psykisk betingede lidelser. Psykoanalyse blev af mange psykoanalytikere betragtet som "a basic science of psychiatry" (Hendrick 1955: 568). Langtfra alle psykoanalytikere var dog enige i dette synspunkt. Således kritiserer Eissler (1965:98) skarpt psykoanalysens tilknytning til, hvad han kalder, "the medical orthodoxy", og han sætter sagen på spidsen med en hjertedissekerende metafor:

I assume that most psychiatrists and psychoanalysts would agree that "psychoanalytic theory provides the conceptual core of psychodynamic psychiatry", or that it is "the heart of contemporary dynamic psychiatry" (Bandler 1960, p. 91f). Yet upon closer scrutiny, one discover that this is a bloodless heart, without septum, sinuses, or valve – no more than a crude muscular tube.

Before hailing modern dynamic psychiatry and its psychoanalytic 'core' and 'heart', therefore, one has to make up his mind about the value of half-truths. To be sure, one can find conspicuous traces of psychoanalysis in dynamic psychiatry, but the absences or omissions are equally conspicuous.

Freuds bemærkninger om forholdet mellem psykiatri og psykoanalyse

Et relevant udgangspunkt for analysen af forholdet mellem psykiatri og psykoanalyse er Freuds ord fra hans forelæsninger i 1916-17. I den første forelæsning kommer han med følgende bemærkninger:

Indenfor medicinen beskæftiger psykiatrien sig med at beskrive de iagttagne sjælelige forstyrrelser og med at sammenstille dem til kliniske forstyrrelser, men i deres bedre stunder tvivler psykiaterne selv om, hvorvidt deres rent deskriptive forestillinger fortjener navn af videnskab. De ved intet om oprindelsen til, mekanismen i og det indbyrdes forhold imellem de symptomer, der kunsttuerer sygdomsbillederne ...

Psykoanalysen vil give psykiatrien det savnede psykologiske grundlag og håber på at finde den fælles grund, ud fra hvilken den legemlige forstyrrelses sammenhæng med den sjælelige bliver forståelig. Med henblik herpå må den holde sig fri for enhver for den fremmed forudsætning af anatomisk, klinisk eller fysiologisk natur, dvs. kun arbejde med rent psykologiske hjælpebegreber.

Og senere i den 16. forelæsning lyder ordene:

De vil sikkert give mig ret i, at der i det psykiatriske arbejde væsen ikke ligger

noget, der kan rette sig imod den psykoanalytiske forskning. Der er ikke noget som helst i retning af den modsigelse mellem disse to. Det er altså psykiaterne, som sætter sig op imod psykoanalysen, ikke psykiatrien. Psykoanalysen forholder sig til psykiatrien som histologien til anatomien. En modsigelse mellem disse to arter af studiet, af hvilke den ene forudsætter den anden, er ikke vel tænkelig. Formentlig vil en ikke fjern fremtid vise os alle, at en videnskabelig uddybet psykiatri ikke er mulig uden et godt kendskab til de dybere liggende processer i sjælelivet.

Freud afslutter denne forelæsning med at fastslå, at psykoanalysens eksistensberettigelse ikke afhænger af, hvorvidt den kan vise resultater som behandlingsmetode – psykoanalysens eksistens er efter hans mening fuldt ud motiveret alene som et uerstatteligt middel for den videnskabelige forskning.

Ti år senere, i skriftet *Die Frage der Laienanalyse* (Freud 1926), er tonaliteten i Freuds stemmeføring knapt så kompromissøgende og overbærende. I dette skrift, som repræsenterer Freuds mest vellykkede ikke-tekniske fremstilling af psykoanalysens teori og praksis, skrevet i en livlig og let stil som en dialog mellem Freud og en slags upartisk spørgelysten samtalepartner, får Freud afleveret nogle drøje hug til lægerne, der optræder som eksperter på den psykoanalytiske behandling. Han skriver (GW: 262):

En historisk ret til et monopol på analysen har lægerne ikke. Tværtimod har de indtil for kort tid siden opbudt alt, fra den floveste spot til den mest tungtvejende bagtalelse for at skade den.

(...)

For loven er den en kvaksalver, der behandler syge uden at kunne legitimere sig ved besiddelsen af et statsligt diplom som læge. Jeg ville foretrække en anden definition: Kvaksalver er den, der påtager sig en behandling uden at besidde de dertil krævede kundskaber og færdigheder. På grundlag af denne definitionlover jeg den påstand, at – (...) – lægerne yder et overvejende kontingent til kvaksalverne i analysen. De udøver meget tit den analytiske behandling uden at have lært den og uden at forstå den.

Der er også en antydning af et misforhold mellem den lægevidenskabelige videns diskurs og den diskurs, som psykoanalysen udtrykker sig i:

Her kommer det i første linie i betragtning, at lægen har fået en uddannelse i den medicinske skole som omtrent er modsætningen til, hvad han ville have brug for som forberedelse til psykoanalysen. Hans opmærksomhed er blevet henledt på objektivt konstaterbare anatomiske, fysiske, kemiske kendsgerninger, af hvis rigtige forståelse og egnede indflydelse resultatet af den lægelige handlen afhænger. (...) . For de sjælelige sider af livsfænomenerne vækkes interessen ikke, studiet af de højere åndelige præstationer kommer ikke medicinen ved, det er et andet fakultets område. Men psykiatrien burde beskæftige sig med forstyrrelserne af de sjælelige funktioner, men man ved på hvilken måde og med hvilke hensigter den gør det. Den opsøger de legemlige betingelser for de sjælelige forstyrrelser og behandler dem som andre sygdomsårsager.

Psykiatrien har ret dertil, og den medicinske uddannelse er åbenbart udmærket. Når man siger om den, at den er énsidig, så må man først finde det standpunkt, ud fra hvilket denne karakteristik bliver til en bebrejdelse. I sig selv er jo enhver videnskab énsidig, den *må* være det, idet den begrænser sig til bestemte indhold, synspunkter og metoder. Det er en urimelighed, som jeg ikke gerne vil have nogen andel i, at man spiller én videnskab ud mod en anden. (...) . Psykoanalysen er visselet ganske særlig énsidig, nemlig som videnskaben om det sjæleligt ubevidste. (GW: 262-63; Min overs.)

Lidt senere (ibid: 267) medgiver Freud dog, at han først og fremmest lægger accenten på, at ”ingen bør udøve analysen, som ikke har erhvervet sig berettigelse dertil ved en bestemt uddannelse”. Om personen er læge eller lægmand/-kvinde er en biting. Her er altså ikke tale om, at psykiateren, fordi han er læge, er inkompetent som analytiker, men blot dette, at hans uddannelse anno 1927 ikke giver ham specielle fortrin, hvad psykoanalysen angår.

Indholdet i disse Freud-citater rammer og indrammer ikke blot datidens, men også nogle af nutidens problemer i feltet mellem psykoanalyse og psykiatri. De spørgsmål, Freud rejser, er altså:

1. Er psykoanalysen en grundlagsteori for psykiatrien? Kan psykiatrisk forskning og behandling ikke undvære psykoanalyse?
2. Er psykoanalysens begreber og begrebsdannelser fundamentalt forskellige fra psykiatriens? Og har denne forskellighed komplementaritetens form?
3. Hører psykiaterne (fortsat) til psykoanalysens modstandere? Og hvorfor?
4. Har humanioravidenskabernes diskurser slet ingen plads i det medicinske fakultet? Og er det muligt blandt disse at udmærke en specifik analytisk diskurs?
5. Hvad kvalificerer en analytiker, hvis ikke psykiaternes kliniske erfaring og deres forsøg på at drive psykoanalytisk behandling udgør en kvalifikation?

Besvarelsen af disse spørgsmål kan næppe i dag stilles så skarpt og snævert op som på Freuds tid. Enkelte af problemerne skal jeg nedenfor diskutere under overskrifterne:

- Psykiaterens syn på psykoanalysen
- Psykiatriens og psykoanalysens gensidige påvirkninger
- Etik.

Psykiaterens syn på psykoanalysen

I bogen *Grundlaget for en ny psykiatri* (Haugsgjerd, 1986) modstiller Haugsgjerd to prototyper: den biologisk/farmakologisk orienterede psyki-

ters og den psykodynamisk orienteret psykiaters grundtanker, synsmåder og argumenter (som jeg skematisk har fremstillet i nedenstående skema).

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>a.
Patienten er en psykobiologisk organisme, som lider af en eller anden neurobiologisk funktionsfejl, som er karakteristisk for den bestemte sygdom, som patienten lider af, og som er ansvarlig for patientens symptomer.</p> | <p>a.
Patienten er den person, han er, p.g.a. et kontinuerligt vekselspil mellem indre psykiske processer og det sociale miljø, han er en del af. Forskellige grundtræk ved den menneskelige psyke (evnen til sprog, til at bearbejde og lagre oplevelser som giver følelsesmæssige betydninger, foregribelse af fremtiden og en kontinuerlig produktion af ønsker osv.) griber ind i hinanden gennem en fortløbende selventifikatorisk proces, som danner og opretholder individets psykiske struktur og personlighedstræk. Psykiske lidelser er resultater af følelsesmæssige konflikter – fra barndommen af og frem til den aktuelle livssituation – hvor summen af disse konflikter og forsøgene på at løse dem har ført personen frem til et punkt, hvor symptomer skabes.</p> |
| <p>b.
Psykiateren står overfor patienten som en lægelig ekspert, som takket være sin viden og erfaring og ved hjælp af sin observationsevne kan diagnosticere patientens sygdom. På basis af denne diagnose kan han sætte ind med den formodede bedste behandling, det være sig af farmakologisk, psykologisk eller socialt rehabiliterende art.</p> | <p>b.
Psykiateren står overfor patienten som en, der tilbyder en struktureret samtalekontakt, hvor patienten får mulighed for at finde ud af sine dilemmaer på en ny måde og dermed skabe sig en ny og mere konstruktiv selvforståelse.
Den diagnostiske vurdering kan bare give en foreløbig og grov definition af lidelsens art, hvis egenart først gradvis vil fremstå under behandlingens forløb.</p> |
| <p>c.
Patienten er bedst tjent med at acceptere psykiaterens ekspertråd og følge psykiaterens anbefalinger, hvad angår behandling og forholdsregler for sit videre liv.</p> | <p>c.
Patientens egen vilje og evne til at reflektere over sin situation og sine følelser er drivkraften i behandlingsprocessen. Psykiaterens rolle er at introducere og opretholde rammen for denne selvrefleksionsproces samt være en aktiv samtalepartner i processen.</p> |
| <p>d.
Bag alle psykiske lidelser af en vis alvorlighedsgrad og varighed ligger der en medfødt disposition, som enten kan</p> | <p>d.
En medfødt sårbar disposition er en faktor, vi må regne med, men den "præmorbid personlighed" forud for lidel-</p> |

være helt specifik for sygdommen eller mere uspecifik.

e.

Psykosociale stressfaktorer kan i nogle tilfælde være afgørende udløsende årsagsfaktorer, men selv der, hvor sådanne udløsende påvirkninger antages at spille en rolle, er de først og fremmest interessante ud fra, hvordan de beskrives af en iagttagere og vurderes i forhold til den psykopatologiske reaktion, de efterfølges af.

f.

Patientens oplevede plager er mere interessante som symptomer på en funktionsfejl end som meddelelser, hvis indhold har betydning for vor forståelse af det foreliggende problem. Oplevelser og følelsesmæssige reaktioner er epifænomener i forhold til de underliggende unormale neurobiologiske processer.

g.

Fremtidig klarhed over årsagsforhold og symptomudvikling (ætiologi og patogenese) på det molekylære niveau ved de forskellige psykiatriske sygdomme vil give grundlag for en virkelig rationel behandling, som antagelig vil gøre vore behandlingsmetoder idag overflødige.

sens udbrud er først og fremmest et resultat af den psykologiske udvikling frem til dette punkt.

e.

Patientens oplevelser af såvel traumatiske hændelser som længerevarende belastende følelsesmæssig klima i patientens liv fra den tidligste barndom af, er af interesse som formende og i sidste instans udløsende årsager.

f.

Det oplevelsesmæssige niveau er det centrale i arbejdet med den enkelte patient. Indholdet i patientens meddelelser og den følelsesmæssige kvalitet i hans relation til psykiateren er det, som giver psykiateren adgang til at forstå patientens indre livshistorie og dennes relation til personlighedens struktur og dynamik.

g.

Fremtidig viden om genetiske faktorerers specifikke betydning og om hjernens kemi i relation til de psykiske lidelser er af stor interesse for integrationen mellem psykologi og biologi, men psykoterapeutisk behandling vil fortsat være en nødvendig behandlingsform ved de psykiatriske lidelser.

Man kan selvfølgelig diskutere, i hvilken forstand de to "orienteringer" gensidigt udelukker hinanden, og om de hviler på filosofiske og videnskabelige paradigmer, der udelukker etableringen af fælles begrebsverden. Efter Haugsgjerds opfattelse er forskellene mellem et psykodynamisk syn og den deskriptive psykiatris sygdomstænkning så grundlæggende, at det ikke kan forene i samme videnskabelige paradigme.

Generelt set vil den biologisk orienterede psykiater næppe føle, at der er umiddelbare og tvungende grunde til at beskæftige sig med psykoanalysen. Kritikken har almindeligvis følgende indhold:

- Behandlingsmæssigt set har psykoanalysen ved brug af de herskende (empiriske) forskningsmetoder ikke kunnet fremkomme med overbevisende behandlingsresultater;

- Videnskabeligt set er psykoanalysens ideer uacceptable for klassisk psykiatri;
- Det kliniske billede kan fremkaldes med andre interviewteknikker end den psykoanalytisk inspirerede;
- Nutidens psykologi har andre terapi-retninger end psykoanalysen at tilbyde den biologiske psykiater i dennes interaktioner med patienten – og mest logisk ville det vel være for psykiateren at anvende behaviorismens behandlingsmetoder eller forskellige former for rådgivning og vejledning, altså gøre brug af behandlingsmetoder, der står i skarpeste modsætning til den psykoanalytiske orientering.

I overensstemmelse med denne afstandtagen viste en oversigt over de herskende psykiatriske lærebøger i USA, at halvdelen af de senest udgivne lærebøger havde en med den psykoanalytiske psykiaters øjne "mangelfuld" eller "misvisende" fremstilling af psykoanalysens teori og begreber (Asch & Marcus, 1988).

I opposition til de biologisk eller "rent deskriptivt" orienterede psykiatere står de psykodynamisk orienterede. Hvad behandlingsaspektet angår forekommer det sidstnævnte lidet meningsfuldt at tilstræbe, at psykoanalysen skal dokumentere sin videnskabelige status ved hjælp af de empiriske metoder, der dominerer den biologiske psykiatris forskningsfelt (Rosenberg 1984, Lesche 1984, Andkjær Olsen 1984, Savodnik 1976, Bloomfield 1979). Psykoanalysens videnskabsyn er hermeneutikkens, og dens "facts" har en anden epistemologisk status end den deskriptive psykiatris. Og selvom der er en tendens til at lade psykoterapiens behandlingsresultater underkaste sig empiristisk forskningsmetodik, så anser mange dette for udslag af et institutionelt pres snarere end en teoretisk farbar og frugtbar vej. Andre argumenter understreger, at empirien i psykoanalysens felt slet ikke er systematisk udforsket (Gill 1979), og at vi derfor endnu ikke kan sige ret meget om, hvad psykoanalysen som behandlingsmetode har at byde patienterne.

Psykiatere med en interesse for psykodynamisk forskning og behandling er formentlig tilbøjelige til at se psykoanalysens teori som den for tiden mest kohærente psykodynamiske teori (Welner 1985, Cullberg 1984). De kan være uenige om, hvilken status psykoanalysens metapsykologi skal have. Nogle lader hånt om metapsykologiens begreber og "nøjles med" at se på psykoanalysen som ren og skær behandlingsteknik; andre anvender metapsykologiens begreber som var de psykologiske agenter og størrelser, hvis endelige udformning havde fundet sted. Begge synspunkter adskiller psykodynamisk psykiatri og psykoterapien generelt fra psykoanalysen. Det, der binder den psykodynamiske psykiater til psykoanalysens felt, er et påstået "fællesskab" i grundholdningen til psykiske lidelser og deres behandling, samt en pragmatisk brug af psykoanalysens "behandlingstekniske" begreber, f.eks. overføring, modoverføring, fortolkning, modstand etc.

Psykiatriens og psykoanalysens gensidige påvirkninger

Det er ofte i forsøget på at forene det uforenelige, at psykiatere fra psykiatriens og psykoanalysens områder opretter og fastholder mødepunkter for de to felter. De forenende kræfter inkarneres hyppigt i psykiatere, som tillige har gennemgået en uddannelse til psykoanalytikere, og som oftest kun i begrænset udstrækning vier deres liv til psykoanalysens praksis.

Disse psykiatere fremstiller de diagnostiske og behandlingsmæssige overvejelser vedrørende deres patienter i en blanding af psykiatriens og psykoanalysens sprogbrug. Ikke sjældent vil de sidde på (eller have haft) ledende poster i deres respektive psykiatriske organisationer. Blandt andet i kraft heraf kan de være involveret i udformningen af lærebøger, udformningen af undervisningspensum, og i udformningen af lege artis regler for god psykiatrisk interview-teknik og behandling.

Som et eksempel på psykoanalytikeres indflydelse på psykiatrien kan nævnes udformningen af det amerikanske diagnosesystem i 1950'erne, DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Dette diagnostiske system stod de amerikanske psykoanalytikeres hjerter nær, omend det var baseret på Adolph Meyers grundtanker. Det kontrasteres af 1980'ernes videreudvikling heraf, DSM-III-R, der nærmest må betegnes som Kraepelinsk i sin udformning. For sidstnævntes vedkommende er der tale om forsøg på at "at udrydde" enhver form for psykodynamisk diagnostik og på at undgå enhver brug af teoretiske begreber til at beskrive kliniske tilstande. Nogle amerikanske psykoanalytikere har reageret på dette dels ved tilsyneladende helt og holdent at acceptere, at psykoanalysen bliver en slags psykodynamisk teori om individets adfærd og om individers interaktionsforhold, dels ved at opfordre psykoanalytikere til at operationalisere teoriens kliniske begreber:

Psychoanalysts should clarify and refine their clinical concepts so that terms of potential diagnostic value have consensual definitions and can be defined operationally and evaluated as the basis for clinical instruments. (Peltz 1987: 700).

Et andet eksempel på psykoanalytikeres indflydelse på psykiatrien angår kliniske interviews. Mange psykiatere vil mene, at essentielle diagnostiske træk og terapeutiske værdifulde interaktioner "vindes", såfremt man anvender psykodynamiske interview-teknikker, der baserer sig på psykoanalytiske overvejelser (f.eks. Finesinger 1948, Kernberg 1984, Selzer 1987).

Et område, hvor psykoanalyse og psykiatri har påvirket hinanden i de sidste årtier er ved udformningen af det store og brogede felt, der betegnes "borderline", "borderline-personlighedsorganisation" eller "borderline-tilstande" (Grotstein, Solomon, Lang 1987; Evang 1986, Sørensen & Knudsen 1986, Vanggaard 1986). Grunden til at der netop vedrørende disse begreber er sket en udveksling er, at begrebet "borderline" fortrinsvis refererer til tilstande, der henføres til de såkaldte personlighedsforstyrrelser, og at psy-

kiatriens begreber om personligheden kun er vagt udviklet (personligheden er ikke en direkte empirisk observerbar størrelse). Den ego-psykologiske psykoanalyse (iblandet nogle Kleinianske begreber), derimod, har et vel udviklet begreb om personlighedsdannelsen, så vel hvad angår dennes "normale" som patologiske aspekter. Den har derfor kunnet bidrage med en beskrivelse af "borderline-tilstandene", der differentierer ikke på symptomniveau (hvor borderline-tilstandene kan mime såvel neuroser som psykoser), men derimod på et niveau for personlighedens struktur. Det er bl.a. psykoanalytikerens Kernberg (1975), der har bidraget til denne udveksling mellem psykoanalyse og psykiatri. Herhjemme har Vanggaard (1979) med sin beskrivelse af den skizofreniforme pseudoneurose haft den samme medierende funktion.

Det er paradoksalt, men ikke uforståeligt, at det er de selvsamme dobbelt-rolle-forhold, som jeg her har omtalt ovenfor – psykiateren i psykoanalysens sprogdragt, psykoanalytikerens i psykiateruniform – der også har bidraget til at "afspore" psykoanalysens teori. "Afsporingen" består i, at psykoanalysens teori trækkes bort fra det ubevidstes felt, bort fra subjektivitetens og talens felt, bort fra det fantasmatisk objekts felt, bort fra mytologiens og sprogets strukturerende felt:

- Individet, ego'et og det førbevidste prioriteres fremfor det ubevidste;
- Adfærd, symptomer og kommunikation fra en person til en anden udforskes fremfor talens struktur, der opstår i forholdet mellem et subjekt, der ikke ved, hvad det selv siger, og en tale, der er rettet mod en Anden end den, der lytter til den;
- Repræsentationer af virkelighedens betydende personer opvurderes på bekostning af de sproglige mærker/spor som tabet af imaginære objekter afstedkommer;
- Fysiske og psykiske behov, affektmængder og -spændinger, gentagelsen af barndommens (driftsbetingede) adfærdsmønstre får forrang fremfor myternes og sprogets forbundethed med tab, med fragmenteret viden og partielle sandheder der undslipper subjektets herredømme og alienerer det.

En anden form for "afsporing" består i at betragte de psykoanalytiske begreber som værende tilstrækkeligt veldefinerede. Fortalere for denne anskuelse tænker sig, at der nu blot tilbagestår den opgave at organisere begrebernes indhold på en sådan måde, at begrebsdannelser bliver maksimalt logisk kohærente og giver maksimalt "udbytte" i den kliniske hverdag. Således er den opfattelse af borderline-begrebet, som Otto Kernberg er fortalere for (Kernberg 1975) væsensforskellig fra den tænkning om borderline-begrebet, André Green udtrykker (Green 1986) – en tænkning, der er funderet først og fremmest på ideer af Jacques Lacan, Wilfred Bion og Donald Winnicott. Kernberg "bidrager til" udviklingen af psykoanalysens begreber ved dels at skære definitionerne ud i pap, dels at bringe begreberne

i anvendelse i det psykiatriske behandlingsapparats kultur. Han leverer en strukturel beskrivelse af borderline-personligheds-organisationen, dvs. gør psykoanalysens begreber brugbare med henblik på at kunne klassificere psykiatriens personlighedsforstyrrelser og med henblik på at gøre begreberne synlige og anvendelige for den psykoanalytisk orienterede psykiater. Green derimod har ingen intentioner om at bringe psykoanalysen til psykiatriens brugsverden, og ser ingen grund til at bringe borderline-begrebet på en psykiatrisk formel. Han tilstræber at bringe de psykoanalytiske begreber videre, ud over den grænse de har befundet sig indenfor. Derfor tumler han med f.eks. Lacans idé om 'fravær', med Winnicotts begreb om overgangsobjektet og 'potential space'. Greens synspunkter om borderline-begrebet og om psykoanalysens rum knytter oftere an til litteratur, antropologi, kunst og sprogvidenskab, Kernbergs i højere grad til patientens psykopatologi samt behandlingens processer og kliniske teori.

Man kan se den her fremhævede divergens som et udtryk for, at dele af psykoanalysens establishment for at legitimere psykoanalysen trækker denne mod lægevidenskaben, medens andre psykoanalytikere, ofte med et kritisk blik overfor institutionelt snærende rammer fastholder psykoanalysens særkende som en disciplin mellem flere stole (Lauritsen & Rosenbaum, 1985). Nogle vil hævde, at selve psykoanalysens klinik, dens specifikke setting og etik, er blevet forvrænget i kraft af den psykoanalysens frivillige eller tvungne tilpasning til det psykiatriske hospitals diskurs, hierarki og hele organisation. De vil hævde, at dobbeltrollen får karakter af en vendekåbe. Tager psykoanalytikeren psykiaterens kåbe på, så medfører dette tab af psykoanalytisk identitet. Andre vil hævde, at psykoanalysen netop ved at blive defineret som en teori for det ubevidstes fungeren i behandlingen af psykopatologiske tilstande har indtaget den grundlagsfunktion, Freud ønskede at tildele den (jvf. citatet fra 1. forelæsning), men som han også forholdt sig skeptisk overfor. Det er under alle omstændigheder ikke mere muligt at tale om psykoanalysen i bestemt ental (Wallerstein 1988).

Etik

Etikken er symptomatisk et område, hvor den psykoanalytiske psykiater hænges op mellem på den ene side sit lægelige ansvar og på den anden side det, jeg her vil benævne: psykoanalytikerens *svar*. I modsætning til den læge, der tager en patient i behandling, har psykoanalytikeren sådan set ikke et ansvar for analysandens psykosociale ve og vel, eller et ansvar for at lindre og helbrede analysanden, men udelukkende et ansvar for og i den analytiske proces. Lægen har et ubetinget ansvar for at fremme helbredelsen ved brug af metoder og midler, som forsvarlig lægevirksomhed tilsiger, analytikeren har et ubetinget ansvar for at den analytiske proces fremmes maksimalt (vel vidende at han ikke kan overtage patientens ansvar i denne proces).

Psykiateren skal følge sin lægelige forpligtelse og yde den bedst mulige,

den kortest mulige og den mest dybtgående/grundige behandling. Hele denne tankegang bygger på det (paternalistiske) fundament, at lægen er en bedreviddende og ideelt set teknisk ufejlbarlig behandler. Dette fundament er ikke psykoanalysens, og den psykoanalytisk orienterede psykiater kommer derfor (teoretisk set) ud i et dilemma. Han ved, at behandlingsforløbet er afhængigt af et psykisk arbejde, hvori "behandlersubjektet" på specifikke og almene måder indgår i og er knyttet til patientens subjektivitets struktur. Ved sin "overføring" på psykoanalysens felt påtager han sig en anden etisk fordring (Sartre, 1988) end sine deskriptivt orienteret kolleger, nemlig et subjektivt mer-arbejde i relation til patienterne og til sig selv – et mer-arbejde med og i netop den subjektivitet, som den biologiske psykiatri såvel i sin forskning som i sit syn på diagnosticering fornægter eller forkaster (Clavreul, 1978).

Etikkens problemer, som her er nævnt, vedrører den enkelte psykoterapeuts forhold til og bundethed af de behandlingsfilosofier, der indøves og realiseres i henholdsvis de psykiatriske og psykoanalytiske institutioner. Det, der adskiller to forskellige positioner i etikken felt, psykiatriens og psykoanalysens, er de måder hvorigennem terapeuten, bevidst og ubevidst, forvalter frihed, ansvar og respekt i det arbejde, hvis sigte er at ændre bevidste og ubevidste processer i patientens forhold til sig selv og sin omverden. Det er dette arbejde med det ubevidste, der, som tidligere nævnt, får Freud til at understrege, at der skal mere end lægelig erfaring til at kunne drive psykoanalyse. Dyrkelsen af en række teknikker parret med en dogmatisk tro på, at man ved, hvad der er bedst for den anden, er en form for etos, der udøves i visse lægekredse – ja, såmænd også blandt psykologer. Men det er en etos, som Freud delvis advarede imod. Spørgsmålet er selvfølgelig herefter, hvilken form for psykoanalytisk uddannelsesinstitution, der kan sikre, at selv en uddannet analytiker (psykiater eller psykolog) praktiserer den rette etos i arbejdet med det ubevidste. Kan man overhovedet sikre sig, at egenanalyse, supervision og teoretisk indlæring fører til et arbejde i kreative behandlingsforløb samt til en videreførelse af psykoanalysens teori og metode? Har Kernberg (1986) ret, når han hævder, at trods de psykoanalytiske institutters ideer om at ville videreføre psykoanalysen som både en stringent (videnskabelig) disciplin og en kunst, så viser mange institutter sig snarere at være dogmatiske uddannelsessteder for gode håndværkere? Og hvis han har ret, risikerer psykoanalytikeren så ikke at "forlade" den etos, der adskiller ham fra den lægeligt indstillede psykiater?

Freuds tanker har om ikke andet bidraget til at skærpe spørgsmålet om etikken i psykiatriens felt.

LITTERATUR

ASCH, S.S. OG MARCUS, E.R.: The current status of psychoanalysis in medical student education in the United States: A preliminary overview. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1988; 36: 1033-1059.

- BANDLER, B.; The american psychoanalytic association 1960. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1960; 8: 389-406.
- BINSWANGER, L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins*. Türich: Max Niehaus, 1942.
- BLEULER, E.: *Lehrbuch der Psychiatrie* (1916). (11. oplag, omarbejdet af M. Bleuler). Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1969.
- BLOOMFIELD, T.M.: Psychoanalysis: A human science? *Journal of the theory of social behaviour*, 1979; 9: 271-287.
- CLAVREUL, J.: *L'ordre médicale*. Paris: Editions du Seuil, 1978.
- CULLBERG, J.: *Dynamisk psykiatri*. København: Hans Reitzels forlag, 1984.
- EISSLER, K.R.: *Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1965.
- EVANG, A.: *Utvikling, personlighet og borderline*. Oslo: Cappelen, 1986.
- FINESINGER, J.E.: Psychiatric interviewing: Some principles and procedures in insight therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1948; 105: 187.
- FREUD, S.: *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*. København: Hans Reitzel, 1973.
- FREUD, S.: *Die Frage der Laienanalyse*(1926). GW XIV: 209-286.
- GILL, M.M.: The analysis of the transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1979; 27: 263-288.
- GREEN, A.: The borderline concept. In: *On private madness*. London: Hogarth Press, 1986: 60-83.
- GROTSTEIN, J.S. et al: *The borderline patient*. Hillsdale NJ: Analytic Press, 1987.
- HAUGSGJERD, S.: *Grunnlaget for en ny psykiatri*. Oslo: Pax Forlag, 1986.
- JASPERS, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. (1913). Berlin: Springer Verlag, 1965.
- KERNBERG, O.F.: The structural interview. In: *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press, 1984: 27-51.
- KERNBERG, O.F.: *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.
- KERNBERG, O.F.: Institutional problems of psychoanalytical education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1986; 34: 799-834.
- LAURITSEN, L. OG ROSENBAUM, B.: Freud efter Freud. In: Rosenbaum, B. (red.). *Freud - efter Freud*. København: FADLs forlag, 1985.
- LESCHÉ, C.: Hermeneutik i psykiatrien. In: Reisby, N. et al. *Problemer i psykiatrisk forskning*. København: FADLs forlag, 1984.
- MEYER, A.: *Collected papers of Adolf Meyer*. Baltimore: John Hopkins Press, 1948-52.
- OLSEN, O.A.: Problemer i psykoanalytisk forskning. In: Reisby, N. et al. *Problemer i psykiatrisk forskning*. København: FADLs forlag, 1984.
- OLSEN, O.A. OG KØPPE, S.: Psykoanalytisk psykologi og psykopatologi. In: WELNER, J. et al. *Psykiatri - en tekstbog*. København; FADLs forlag, 1985.
- PELTZ, M.L.: Psychoanalytic contribution to psychiatric nosology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1987; 35: 693-711.
- ROSENBERG, R.: Hermeneutisk forskning i psykiatrien. In: Reisby, N. et al. *Problemer i psykiatrisk forskning*. København: FADLs forlag, 1984.
- SARTRE, J.-P.: *Etik*, København: Rhodos, 1986.
- SELZER, M.A. et al.: The personality assessment interview. *Psychiatry*, 1987; 50: 142-153.
- SAVODNIK, I.: Is undergoing psychoanalysis essential for the appraisal of psychoanalytic theory? *Inquiry*, 1976; 19: 299-323.
- SLATER, E.: The psychiatrist in search of a science: III - the depth psychologies. *British Journal of Psychiatry*, 1975; 126: 205-224.
- SULLIVAN, H.S.: *Conceptions of modern psychiatry*. Washington: William Alanson White Foundation, 1947.
- SULLIVAN, H.S.: *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
- SØRENSEN, T. OG KNUDSEN, P.: Borderlinebegrebet eller det grænsepsykotiske område. *Agrippa*, 1986; 8: 21-32.
- VANGGAARD, T.: Borderlinebegrebet - et svar. *Agrippa*, 1986; 8: 242-245.
- VANGGAARD, T.: Schizophrenic borderline states. In: *Borderlands of sanity*. København: Munksgaard, 1979: 111-159.

- WALLERSTEIN, R.S.: Psychoanalysis as a science: A response to the new challenges. *Psychoanalytic Quarterly*, 1986; 55: 414-451.
- WALLERSTEIN, R.S.: One psychoanalysis or many. *International Journal of Psychoanalysis*, 1988; 69: 5-22.
- WELNER, J. et al.: *Psykiatri – en tekstbog*. København: Hans Reitzel, 1984.