

NEUROSERNE FØR FREUD, DERES OPSTÅEN OG BEGREBSLIGGØRELSE

Simo Køppe

Følgende artikel er opdelt i to hovedafsnit. I det første behandles neurosebegrebet videnskabshistorisk, og der vælges to neuroser, neurasteni og traumatisk neurose, som eksempel på en opdeling af hele neurosekategorien. I det andet hovedafsnit, som er af mere postulatorisk karakter behandles de neurotiske symptomers sociale realitet, herunder spørgsmålet om deres socialhistoriske oprindelse.

Neurosebegrebet

Det er almindelig kendt, at Freud afgrænsede vore dages neurosebegreb, ligesom Kraepelin og Bleuler gjorde deres til afklaringen af psykoserne. Freuds indsats bestod først og fremmest i, at han ændrede datidens ætiologiske opfattelse af neuroserne og skabte en ny form for neurosebehandling. Han undersøgte og påviste deres psykoseksuelle årsagsforhold og instituerede den psykoanalytiske terapi som behandlingsform.

De psykiatri- og videnskabshistoriske kilder til denne nyorientering er blevet undersøgt i detaljer. Der findes en meget omfattende litteratur om Charcot, Bernheim, Breuer, Meynert o.m.a. analyseret som Freuds primære inspirationskilder. Analyserne opprioriterer imidlertid det terapeutiske aspekt, hvilket selvsagt ikke er negativt, men ofte på bekostning af de ætiologiske og klassifikatoriske aspekter. Ud fra den gængse litteratur forledes man let til at tro, at neuroserne – især hysterien – begrebsligt blev genopdaget af Charcot, og at det var ham, som gav dem den første moderne prægening. Det er således sjældent, at nogen tager det ret indlysende skridt videre og spørger, hvorfor Charcot som datidens førende neuropatolog egentlig beskæftigede sig med hysteri – en sygdomsform man umiddelbart ville placere indenfor psykiatriens gebet. Spørgsmålet stranded oftest uformuleret på en fremhævelse af Charcot som den aldrende excentriske videnskabsmand, der gjorde sine forelæsninger til shows, og som man derfor kan tillægge lidt af hvert.

Svaret er mere enkelt. Neurosebegrebet var ikke en psykiatrisk sygdoms-klasse, men en neuropatologisk. Der var ingen psykiatere, der i kraft af de-

res profession beskæftigede sig med neuroser. Det var slet ikke deres område. Men for neuropatologen Charcot var det ganske naturligt at vende sig mod neuroserne, efter at han havde beskæftiget sig med stort set alle de gængse neuropatologiske lidelser, herunder reklassificeret alle rygmarsvslidelser og udført minutøse studier af de dele af hjernen, som formodes at styre motorikken. Og ligesom neuroser ikke var psykiaternes genstandsområde, var det yderst sjældent, at Charcot ytrede sig om de egentlige sinds sygdomme.

Eftersom mange kendte psykiatere også var neuropatologer (Griesinger, Krafft-Ebing, Meynert) må en undersøgelse af neurosens begrebsliggørelse følge både neuropatologiens og psykiatriens historiske udvikling.

Ordet *neurose* nævnes første gang af den engelske læge W. Cullen i 1769. I overensstemmelse med andre medicinere i hans samtid opstillede han et altomfattende patologisk klassifikationssystem – en egentlig almen patologi, som omfattede enhver tænkelig sygdom. På det tidspunkt var forskellen mellem sygdom og symptom ret så overskuelig, hvilket f.eks. gav sig udslag i, at hoste og feber blev opfattet som sygdomme. Konsekvensen blev ofte umådeligt sindrige klassifikationssystemer, som kun deres skabere kunne hitte rede i. *Neurose* hos Cullen betød slet og ret nervesygdom. Ligesom fordøjelsessystemet havde en række patologiske udtryksformer, havde nervesystemet sin gruppe af sygdomme.

I slutningen af 1700-tallet og begyndelsen af 1800-tallet udskilles psykiatri og neuropatologi som to distinkte medicinske discipliner. Psykiatrien konstitueres omkring en form for *enhedspsykose*, hvilket vil sige en kvalitativ rækkefølge af sygdomme med de letteste og bedst heldbredelige (melankoli og monomani hos Esquirol) i den ene ende og de helt ubehjælpelige i den anden (demens og idioti). Neuropatologiens konstituering er i højere grad bestemt af den aktuelle neuroanatomiske viden. Hvis det er berettiget at tale om en egentlig konstituering, må den ske i form af M. Rombergs lærebog i neuropatologi. Den udkom i perioden 1840-46, men er skrevet som afslutningen på en lang karriere indenfor medicinen og dækker derfor også de første årtier af århundredet. (Det samme kan i øvrigt siges om Esquirol, der skrev sin psykiatriske lærebog fra 1838 få år før sin død).

Rombergs klassifikation er baseret på periodens mest afgørende opdagelse indefor neurofysiologi og neuropatologi, nemlig lokaliseringen af sansning og motorik. Det er velkendt, at man i hvert fald siden Descartes anvendte refleksbegrebet, som jo indebærer en sammenkobling af sansning og motorik. I det andet 10-år af 1800-tallet påviste to forskere (Bell, Magendie) uafhængigt af hinanden, at sansning og motorik har et direkte anatomisk korrelat, nemlig i henholdsvis rygmarsvns bag- og forhorn. Romberg tager sit udgangspunkt i sansningens og motorikkens nyligt påviste materialitet, idet han opdeler alle nervesygdomme i sensibilitetsneuroser og motilitetsneuroser. Hver af disse to overordnede kategorier gennemgås ud fra neurofysiologisk skelnen mellem nerveenergiens to patologiske former,

for stærk eller for svag energi, og en anatomisk inddeling i det perifere nervesystem, rygmarven og hjernen.

Forskellen mellem psykiatri og neuropatologi fremgår måske klarest af deres symptombeskrivelser og sygdomsopfattelse. Esquirol definerer sindssygdom som en tilstand, hvor subjektet beherskes af stærke og heftige lidenskaber. Det, der beherskes, er perception, tanker, domme, vurderinger, opmærksomhed, hukommelse. De sindssyge sanser ikke deres omverden korrekt, de er fremmedgjorte og unddraget viljens herredømme. Psyken er opsplittet i isolerede perceptioner og isolerede affekter som ikke indgår i den bevidste helhed, der sædvanligvis præger subjektet. Det ovennævnte begreb om enhedspsykosen viser sig hos Esquirol ved, at han opfatter sindssygdommene som en stigende grad af intellektets forfald. I de lettere sygdomstyper (melankoli, monomanierne) består det patologiske i en centering om enkelte genstande og sagsforhold – tvangstanker, vrangforestillinger, lettere depression fremkaldt af sorg. I den følgende sygdomstype (mani) er hele psyken og altså ikke blot enkelte aspekter af den optaget af et voldsomt raseri rettet mod snart sagt hvad som helst. Tilstanden ender ofte med en demenslignende adfærd, som bærer præg af organiske skader. Den egentlige demens, opstået uden et manisk stadium, viser organiske skader fra starten.

Det ville være for omfattende at diskutere de enkelte sygdomme, som Romberg beskriver. Såvel for sensibilitetsneuroser som for motilitetsneuroser skelner han mellem et for højt og et for lavt spændingsniveau (hyperæstisi, anæstisi og hyperkinese, akinese). Nogle af de oftest tilbagevendende symptomer er: neuralgi, uro eller kriblen og temperaturændringer i enkelte nerver, smerter i afgrænsede zoner og legemsdele, smerte i sanseorganerne, følelse af sammensnøring i hjerteregionen, svag puls, kølige hænder og ansigt, migrænelignende hovedpine. Ved motilitetsneuroserne er de vigtigste symptomer krampes og lammelser som principielt kan opstå i alle kendte muskler. Af sygdomme som umiddelbart kan genkendes ud fra en nutidig terminologi omtaler Romberg meningitis, tabes dorsalis, tetanus og cancer cerebri.

Af disse eksempler på symptombeskrivelser kan man opsummere forskellen mellem psykiatri og neuropatologi i to punkter. Det første punkt, som ikke er særligt overraskende, er disciplinernes genstandsområde. For psykiatrien er det en gruppe fænomener, som omfatter de højerestående *psykiske* funktioner, intellektet. Den teoretiske opfattelse af psyken var oftest identisk med empirismens og associationismens. Neuropatologiens genstandsområde var et materielt system, principielt identisk med andre organiske systemer.

Det andet punkt er mindre indlysende. Det angår symptomafgrænsningen indenfor neuropatologien og er den væsentligste årsag til, at det vi i dag forstår ved neuroser, i sidste halvdel af 1800-tallet, kom til at indtage en besynderlig mellemposition, som ingen rigtig ville tage sig af. Det afgørende

kendetegn ved neurotiske sygdomme er deres afgrænsning til umiddelbart *somatiske* fænomener. Hypokonderens somatiske klager, hysterikerens lammelser, neurastenikerens hovedpine. . . osv. – det er somatiske symptomer, men uden påviseligt organisk grundlag. Selv om allerede Romberg opererede med psykiske årsager til hysteri og hypokondri, men afviser at der af den grund skulle være tale om sindssygdomme, fastholdes den kliniske beskrivelse af de somatiske symptomer. Det er især dette afgørende kliniske klassifikationskriterium, som gjorde at psykiaterne ikke beskæftigede sig med neuroser.

I slutningen af 1840'erne og begyndelsen af 1850'erne modificeres Rombergs klassifikation på et væsentligt punkt. Fra at være betegnelsen for *alle* nervesygdomme bliver neurosebegrebet i stigende grad brugt som betegnelse for de nervesygdomme, som det endnu ikke havde været muligt at forklare anatomisk, og som derfor blev tilskrevet en funktionel oprindelse i nervesystemet. De betragtes som udslag af en funktionel fejl i nervesystemets samlede funktion, en fejl som ikke kunne lokaliseres strukturelt. Og til denne gruppe henregnede man hypokondri, hysteri, epilepsi og til tider chorea og tetanus. De tre sidste typer forblev på neuropatologiens hænder, idet deres anatomiske grundlag sidenhen blev afklaret. (Epilepsi indtager lidt af en særstilling, men en diskussion af det fører for vidt her).

Gennem 1850'erne og 60'erne blev neurosekategorien således langsomt indsnævret i retning af kun at omfatte hypokondri og hysteri som de eneste funktionelle lidelser, men til gengæld udvides kategorien på ny i 1870'erne med to nye neurosetyper, *neurasteni* og *traumatisk neurose*. For den første types vedkommende var det sådan, at dens navngiver, G. M. Beard, nærmest afviste eksistensen af hypokondri og mente, at hysteri især hørte fortiden til. Hvis det var korrekt, blev neurasteni slet og ret identisk med funktionel lidelse. Det var fælles for begge typer, at deres symptomer var identisk med de traditionelt neuropatologiske – neuralgier, ændring i sansning og motorik, herunder lammelser og kramper, somatiske klager – og der var ikke noget påviseligt anatomisk grundlag for lidelserne.

Neurasteni. Beards første publikation er en mindre artikel i et amerikansk lægetidsskrift fra 1869, som først 11 år senere følges op af en monografi om neurasteni. Denne bog fik en langt større opmærksomhed og begrebet spredte sig til Europa og indgik hurtigt i lærebogsforfatternes klassifikationer. Neurasteni betyder nervesvækkelse og er tydeligvis en lettere kategori af sygdom. Symptomerne er mange og meget forskelligartede. De mest almindelige er søvnløshed, koncentrationsbesvær, pirrelighed overfor støj og lys, udvidede pupiller, ømfindtlig hovedbund, sygelig frygt for småting (fobier), hedeture, rastløshed, uregelmæssig puls, sitren, søvngænger, kolde hænder og fødder. Listen kunne fortsættes i det uendelige, for da alle organer og funktioner har berøringspunkter med nervesystemet vil hvadsomhelst kunne inddrages. Og der er ingen logik i symptomerne, som Beard

selv siger. De ligner til forveksling aspekter ved andre sygdomme, og de vigtigste kan alle ses ved organiske lidelser. Den eneste differentialdiagnostiske mulighed er lægens fortløbende iagttagelse af patienterne, for til forskel fra andre lidelser, optræder symptomerne pludseligt og kan ligeså pludseligt forvinde for at blive erstattet med nogle andre symptomer.

Neurasteni er forårsaget af en »forarmelse af nervekraften«. Neurastenikeren fejlforvalter forholdet mellem forbrugt nerveenergi og dens restitution, hvorved nervesvækkelsen opstår. Årsagen hertil kan dels være et simpelt overforbrug af energi, eller også en fejlnæring af nervevævet, således at »det både kvantitativt og kvalitativt er i en uhensigtsmæssig tilstand«.

Det mest slående ved Beards synspunkter er givetvis deres »luftighed«. Symptomerne kan stort set være hvad som helst og den bagvedliggende patologiske mekanisme er i sagens natur yderst upræcis. Beard bestræber sig på at udrangere de gængse neurosetyper, idet han gentagne gange hævder, at hypokondri, hysteri, epilepsi og chorea kulminerede i middelalderen. Neurasteni er den moderne betegnelse for en moderne sygdom, den eneste egentlige neurose, forstået som funktionel lidelse i nervestystemet. Men der må alligevel være nogle årsager til, at begrebet neurasteni – i visse sammenhænge blot nervøsitet – pludselig bliver så populær en betegnelse. Beards bøger sælges i stribevis af oplag og på kort tid anvendes og beskrives neurastenien overalt i den vestlige verden. Så vidt jeg kan bedømme, er der kun to punkter, hvorpå Beards succes kan bero. Det er hans præcisering af lægens rolle, og det er i beskrivelsen af neurasteniens kulturelle årsager.

De neurasteniske symptomer er sjældent så belastende, at det er en egentlig lidelse, som man kan forestille sig folk går til lægen med. Lægen opdager symptomerne ved konsultationer i forbindelse med andre sygdomme. Den trænede iagttager vil så opdage enkelte neurasteniske træk, undersøge dem nærmere og ellers opfordre patienten til en regelmæssig konsultation. For det er kun ved en systematisk iagttagelse over et længerevarende tidsrum, at neurasteni kan afsløres. Hvis symptomerne efter et stykke tid er overbevisende, indtræder behandlingsfasen. Også i denne fase er den systematiske iagttagelse af afgørende betydning. For der er ikke noget enkelt medikament eller enkeltstående terapiform, der kan helbrede neurastenien. Ethvert tilfælde er *individuel*. Der er altid tale om en unik kombination af symptomer, og behandlingen kræver derfor samme grad af individualitet. Den skal skræddersyes til hvert enkelt tilfælde. Den rette kombination af medicin og terapi (elektroterapi, massage, diæt, hydroterapi) kan kun opnås, ved at lægen prøver sig frem, først med mindre doser, dernæst i kombination osv. osv.

I Beards og andres beskrivelse af neurastenien kan man til tider undre sig over, hvad sygdommen egentlig består i, og hvordan det er muligt for selv en nok så systematisk iagttagende læge at fastholde et sygdomsbillede, der både symptommæssigt og behandlingsmæssigt er underlagt en næsten tilfældig variation. Enhver sygdom må nødvendigvis have en form for essen-

tiel kerne, der fastholder den som entitet, hvorved den i det mindste kan genkendes som »samme sygdom« hos andre patienter. Den egentlige kerne i neurasthenien er hverken symptombilledet, dets udvikling eller behandling. Da en funktionel lidelse netop ikke kan konstateres er det heller ikke muligt at fastslå sygdommen ved en fysiologisk og anatomisk undersøgelse. Der er således kun én faktor tilbage, og det er *ætiologien*. Hvad er det mere præcist som er årsag til nervesvækkelsen, nervøsiteten eller nervesystemets funktionelle reaktion? For Beard er der ingen tvivl: det er civilisationen, ikke enhver form for civilisation, for Grækerne var også civiliserede uden af den grund at lide af neurasteni:

»The modern civilization differ from the ancient mainly in these five factors – steam power, the periodical press, the telegraph, the sciences, and the mental activity of women. When civilization, plus these five factors, invades any nation, it must carry nervousness and nervous diseases along with it.« (Beard, 1881, s. 96).

Ætiologien detaljeres ved en opremsende gennemgang af bl.a. følgende punkter: civilisationen har medført at afstande er blevet mindre. Oplysninger og informationer cirkulerer hurtigere, hvorfor alle slags beslutninger må tages uden særlig betænkningstid. Ure, kalendere osv. har inddelt dagligdagen i hastigt skiftende og tvangsprægede gøremål. Økonomiske, karrieremæssige problemer præger i stigende antal befolkningen. Nye sandheder introduceres med rivende hast, folk skal hele tiden tage stilling til dit og dat. Politiske valg og nomineringer fremkalder det dårligste i folk. Protestantismen har pålagt det enkelte menneske det byrdefulde forhold til Gud, hvad katolicismen lader kirken og præsterne om. Følelser undertrykkes i en opprioritering af intellektet og overdrives i excesser når de endelig kommer til udtryk.

Beards civilisationskritik er så godt som identisk med romantikkens. Det er oplagt bylivet og industrialiseringen, som står for skud, mens landsby-miljøet, bønderne og småhåndværkere slet ikke nævnes. Det centrale i Beards diskurs er oprudet i det stabile verdensbillede og den reaktionære angst for alt nyt. Samme civilisationskritik er baggrunden for en ligeså succesrig teori fra samme periode og indenfor samme område af medicinen, nemlig degenerationsteorien. Selv om Morel var videnskabeligt mere seriøs end Beard, var degenerationsteorien et tilsvarende sæt af postulater, uden rimelig bevismuligheder. Og i begge tilfælde drejer det sig om en *usynlig* mekanisme i nervesystemet. Det er ligeså tumbet at spørge om, hvor degenerationen sidder, som hvor den funktionelle dysfunktion i neuroserne er placeret. De »er« ikke noget præcist sted, men virker som usynlige, nærmest diabolske kræfter, som kun lægen kan iagttage. Ikke direkte, men som konklusion på en iagttagelse af mange små sygdomstegn, der hver især ikke tiltvinger sig særlig stor opmærksomhed, men som det trænede lægeblæk kan syntetisere. I begge tilfælde er det en slags kollektiv arvesynd som indi-

videt vanskeligt kan undslippe, det er produkter af en stadigt mere omsiggribende umoralsk levevis. (Jvf. senere).

Traumatisk neurose. Ligesom for neurasteniens vedkommende er traumatisk neurose en sygdomsbetegnelse, som opstår i perioden 1860-1880. I 1860'erne blev man opmærksom på en række sygdomstilfælde, som var opstået ved en bestemt form for ulykke, nemlig togsammenstød, afsporing o.lign. De ytrede sig ved et kortvarigt bevidsthedstab efterfulgt af en inkubationstid, hvor personen tilsyneladende fungerede normalt. Perioden kunne strække sig over dage, uger, flere måneder, men blev afbrudt af lettere psykiske symptomer: irritabilitet, nedstemthed, søvnbesvær, angst, hukommelsessvækkelse, forvirring og siden af fysiologiske: svimmelhed, stiv holdning, lammelser, sensibilitetsforstyrrelser og i grelle tilfælde død. Sygdommen fik navnet *Railway spine*, da den som nævnt først var iagttaget ved jernbaneulykker, og fordi man mente, at den skyldes en traumatisk læsion af rygmarven. Ved anatomiske undersøgelser og i visse tilfælde obduktion, kunne der ikke påvises patologiske ændringer af nervevævet, så lidelsen var altså funktionel.

I slutningen af 1860'erne udgav den engelske neuropatolog Erichsen den første monografi om sygdommen. Selv om han havde som formål at tilbagevise det funktionelle synspunkt – han mente der var tale om den velkendte nervesygdom myelitis – satte bogen en række neuropatologer i gang med at indsamle sygdomsbeskrivelser. Det viste sig hurtigt, at lignende symptomer kunne opstå ved stort set alle typer uheld, især hvor der indgik fald fra træer, stilladser, kuskæsæder, ledningsmaster o.lign. Og det fælles moment var det korte bevidsthedstab, den umiddelbart symptomfrie opvågning og de senere indtrufne symptomer. Ved den mere detaljerede symptombeskrivelse opdagede man en række psykologiske symptomer – hukommelsessvækkelse, talebesvær – som meget vanskeligt kunne skyldes rygmarvstraumer, hvorfor sygdommen blev omdøbt *Railway-brain*. Det er ikke rygmarven, men hjernen som er påvirket. I slutningen af 70'erne indfører tyske neuropatologer – Oppenheim, Westphal – termen traumatisk neurose som hurtigt bliver den gængse betegnelse.

Fra samme tidspunkt opstår en mindre strid mellem på den ene side bl.a. Charcot, Moebius og på den anden side Oppenheim, Westphal, Strümpell o.a. Stridigheden drejer sig om relationen mellem hysteri og traumatisk neurose, hvor de førstnævnte mener, at der ikke er nogen forskel – traumatisk neurose er identisk med hysteri – mens de andre fastholder, at det er to distinkte lidelser.

Spørgsmålet er ret ligegyldigt i denne sammenhæng, men i diskussionen fremdrages et synspunkt, som er helt afgørende for neurosebegrebets transformering til det psykiatriske genstandsområde. Synspunktet gik ud på, at hovedparten af de neurotiske symptomer var forårsaget af *forestillinger*. Charcots hypotese, som er den mest tilgængelige af de forskellige forlæg

opererer med tre faser i symptomdannelsen – altså for både traumatisk neurose og hysteri. Det fysiske traume, autosuggestion og symptomernes opståen. (1) Traument som *fysisk* læsion eller blot påvirkning af legemet spiller en mindre rolle. Det afgørende traumatiske moment er det psykiske chock, skrækken. (2) Det psykiske traume fremkalder i den bevidstløse tilstand en auto- eller selvsuggestion som ubevidst fuldføres i den efterfølgende inkubationstid. (3) Symptomerne opstår ved, at suggestionen gennemfører en spaltning i de forestillingsstrukturer, som jeg'et er opbygget af, herunder de forestillinger som indgår i motorik og sansning. Grupper af forestillinger isoleres fra den sammenhængende struktur og kan sidenhen ikke aktiveres af nerveenergien – forbindelsen er afbrudt. Hvis de afspaltede forestillinger f.eks. gengiver venstre arm vil armen ikke kunne bevæges og forbliver følelsesløs.

Den traumatiske neurose og hysteriens forestillingsmæssige baggrund blev ret hurtigt accepteret blandt 1880'ernes og 90'ernes neuropatologer. Man havde længe vidst, at neuroser kunne udløses af voldsomme følelsesmæssige konflikter, og hypotesen om, at symptomerne var opstået ved forestillingers afspaltning eller en anden proces i forestillingsstrukturen, var ikke specielt uacceptabel for neuropatologerne.

Umiddelbart forekommer der at være et markant spring mellem neuropatologernes sædvanlige forklaringsramme – nervesystemets struktur og funktion – og den her skitserede psykologiske forklaring. Hvordan kan det gå til, at en medicinsk disciplin, som afspejler noget så mekanicistisk og reduktionistisk som neurofysiologi og neuroanatomi, stort set uden videre begynder at anvende psykologiske forklaringer? Man skulle ihvertfald forvente tydelige tegn på opsplittings og modsætninger mellem forskellige teoretiske lejre – men det udeblev.

Sædvanligvis omtales hypnose og suggestion som de to væsentligste begreber, hvorom nytænkningen drejer sig. Det var ved hjælp af hypnose, at Charcot kunne fremføre ret så overbevisende argumenter for den forestillingsmæssige baggrund, idet han hos hypnotiserede vilkårligt skabte og flyttede rundt med hysteriske symptomer efter forgodtbefindende. Den intersubjektive relation i hypnosen understregede ligeledes psykologiske aspekter, som ikke kunne bortforklares. Men hypotesen blev også godtaget af neuropatologer, som *ikke* accepterede hypnose og suggestion som reelle fænomener. Der var mange som afviste dem som uvidenskabelig gøgl, men som alligevel beskrev neurotiske symptomer som skabt ved hjælp af forestillinger.

Sagen er, at neuropatologien og neuroanatomien siden 1860'erne havde været i gang med at adoptage forestillingsbegrebet i sine teoretiske modeller. Og det var der mange grunde til. En af de vigtigste hidrørte fra et klassisk problem i den empirisk-metodiske tilgangsvinkel. Uendelige mængder af frøer blev i hele 1700- og 1800-tallet underkastet en forskningslogik, som var relativt begrænset. Forskerne kunne manipulere med diverse stimuli –

mekaniske læsioner, syre, kogende vand osv. – og kunne iagttage de efterfølgende motoriske reaktioner. Efter opdagelsen af adskilte sensoriske og motoriske nervebaner og efter udviklingen i elektrofysiologien, hvorved det blev muligt at måle nerveimpulsens forløb, opnåede man relativt kvalificerede modeller af de sensoriske impulsers skæbne i nervesystemet, og man fik ligeledes anskueliggjort relationerne mellem musklerne og rygmarsniveauet. For menneskets vedkommende indledte man i 1830'erne en fase, hvor kontrollerede subjektive udsagn blev taget til indtægt som empirisk gyldige. Men af gode grunde kunne metoden kun appliceres på sansningen. Man var i det hele taget meget længere fremme med beskrivelsen af sansning end med beskrivelsen af motorik. Siden eksperimenterne med frøer var startet, havde man ufortrødent fortsat i samme forskningslogik – motoriske ytringer kunne observeres og iagttages som indirekte reaktioner på noget, der kunne manipuleres. Motorik var endvidere koblet til en problemkreds af væsentligt omfang – *den frie vilje*. En blotlægning af motorikkens centralnervøse baggrund indebar en reduktion af den frie vilje til et mekanisk fænomen.

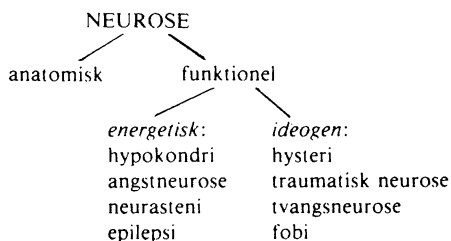
Tre videnskabshistoriske begivenheder ændrede dette. For det første blev mekanicismen den dominerende subjekttopfattelse – det var nu nærmest nødvendigt at finde den frie viljes materielle substans. Men begreber til at beskrive de komplicerede neuropsykologiske processer i hjernen manglede stadig. I 1870 opdagede Fritz og Hitzig, at de kunne fremkalde muskelsammentrækninger hos en hund ved at stimulere dens blottagte hjernebark – de reduktionistiske cerebrale lokaliseringsteorier fik vind i sejlene. Og endelig deltog en række forskere fra vidt forskellige discipliner – Wundt (psykologi), Bastian (neuropatologi), Bain (filosofi) – i beskrivelsen af den kinæstetiske sans, muskelsansen, og dens dannelse af *motoriske forestillinger*. Ligesom der aflejres forestillinger i tilknytning til de almindelig kendte sanser, giver muskelsansen anledning til dannelsen af motoriske forestillinger, der aktiveres i legemets bevægelser. En intention om en bevægelse foregår som en energetisk aktivering af en række bevægelsesforestillinger, som står i direkte forbindelse med de nødvendige muskler. I de teoretiske diskussioner, som udspandt sig omkring muskelsansen, indgik de forskellige kliniske billeder af lammelser og kramper som et af de empiriske fænomener. Konklusionen gående ud på, at lammelser opstod via forestillinger, lå lige for.

Der var derfor ikke noget spring eller brud i neuropatologernes fremhævelse af forstillinger som led i symptomdannelsen. Det var konsekvens af en udviklingslinie indenfor neuroanatomien og gjorde i første omgang ingen til psykologiserende neuropatolog af den grund. Mange anvendte forestilling og cerebralt nerveelement som synonyme størrelser, f.eks. Meynert og Wernicke, og blandede helt vilkårligt en psykologisk og en neuropatologisk forklaring. Henimod slutningen af århundredet viste det sig, at den herved opnåede forklaringsdybde ikke rigtig indfrie forventningerne. Bl.a. i sammenhæng med positivismen og dens metodekrav vendte man

tilbage til de egentlige neuroanatomiske begreber, og forkastede teorier som Meynerts som hjernemytologi.

Resultatet af denne udvikling var, at den traumatiske neurose og hysteri i en form for sløjfebevægelse blev løsrevet fra neuropatologien og overladt til psykologiske forklaringer. Men hvem leverede så disse forklaringen, hvem blev neurosebegrebet overladt til? Det mest nærliggende svar er selvsagt psykiatrien. Hvis man undersøger neurosernes omtale i gængse lærebøger fra slutningen af 1800-tallet viser det sig imidlertid, at psykiaterne stadig opfattede dem som funktionelle nervelidelser. Og selv om de, som f.eks. Krafft-Ebing, opererede med funktionelle nervesygdomme, blev neuroserne ikke indordnet herunder. I Kraepelins lærebog fra 1898 beskrives hysteri og neurasteni ligeledes som nervesygdomme. Det var almindeligt antaget, at neuroserne kunne udvikle sig til sindssygdomme, f.eks. en hysterisk psykose, men neuroserne i sig selv, var og blev nervelidelser. I en relativt lang periode har man altså den paradoksale situation, at neuropatologerne har omdefineret neurosernes grundlag til ét, som principielt er identisk med sindssygdommens, og derfor som konsekvens ikke længere beskæftigede sig med dem, samtidig med at psykiaterne ikke har opdaget det. Det er i denne situation, hvor ingen rigtig vil kendes ved dem, at Freud i begyndelsen af 1890'erne tager grundlaget op til revision.

Resumerende kan man for første halvdel af 1800-tallet hæfte sig ved opdelingen i anatomisk/strukturelle og fysiologisk/funktionelle nervesygdomme. Det var en opdeling som alle neuropatologer var enige om. Nogle af dem reserverede neurosebegrebet for de funktionelle lidelser, et synspunkt som med tiden blev det dominerende. Hvis man endvidere sammenligner ovennævnte forklaringer af henholdsvis neurasteni og traumatisk neurose, er der grundlag for at skelne mellem to neurosetyper, som kan benævnes energetiske og ideogene. De energetiske tilskrives nerveenergiens patologiske ytringer og de ideogene forestillingers spaltninger. Denne opdeling videreførte Freud i sin skelnen mellem aktual- og psykoneuroser (jvf. Andkjær Olsen og Køppe, 1981). Hvis vi medtager alle neurosetyper (også de der ikke hidtil er omtalt) er det muligt at gruppere dem på følgende måde:



Socialhistorisk baggrund

Socialhistorie er en af de områdebetegnelser, som i løbet af ganske få år har tiltvunget sig stor opmærksomhed. Antagelig fordi den begrebsliggør en række mere eller mindre klart formulerede tendenser og strømninger, som optager især kredse indenfor universitetsmiljøet. Mange historikere vil sikkert hævde, at området ikke er synderligt forskellige fra det, de altid har dyrket – måske identisk med det, hvis man blot fjerner kongerækkerne. Men socialhistorie omfatter også en del områder, som vitterligt må siges at være nye, såsom familiehistorie og barndomshistorie. Især familiehistorie har opsuget en del ressourcer, og området er da også endegyldigt konstitueret omkring diverse afgrundsdybe tvister, selvstændige tidsskrifter, lærestole osv.

Neurosernes socialhistorie vil i denne sammenhæng betyde de samfundsmæssige og subjekthistoriske betingelser for begrebets opståen og ændring. Når der videnskabshistorisk kan registreres markante ændringer i terminologi, diagnose og behandlingspraksis, er det relevant at undersøge, hvor disse ændringer stammer fra, og hvilke realhistoriske udgangspunkter de har. Når Beard skaber en ny sygdomskategori som neurasteni, er det så fordi symptomerne er nye, symptomer som ingen tidligere har iagttaget, og som ikke eksisterede tidligere? Det er selvsagt begge dele. Det første giver han selv mange eksempler på, og det andet er en præmis for overhovedet at beskæftige sig med neurosernes socialhistorie. Hvis symptomerne ikke kunne opstå som nye, havde de heller ingen historie. Men det er også noget tredje. Eksisterende egenskaber, træk, adfærd, som hidtil indgik i subjektets normale fremtræden, kan isoleres og trækkes frem som symptomer, de kan patologiseres. Herved er det ikke længere de samme aspekter, hverken for subjektet selv eller for udenforstående. De har således både eksisteret før og ikke eksisteret før deres patologisering.

Hvis man som eksempel foretillede sig, at fregner blev patologiseret kunne man i forlængelse af Beards neurasteni-diskurs sammensætte en »fregne-neurose«: afvigende pigmentering, sart overfor sollys, skrøbelig konstitution, irritabilitet overfor stærke lyde, mennesker i flok osv.osv. Banaliteten i eksemplet er påfaldende. Det afgørende er imidlertid, at det er selve patologiseringsprocessen, som er det vigtigste, og ikke om symptomer har eksisteret tidligere i »normal« form. Bortset fra, at det vil give næsten uoverstigelige problemer at skulle afgøre, hvad normalitet mere præcist bestod i, f.eks. fra 1600-tallet og til i dag, er det tilstrækkeligt i forbindelse med neuroserne og for såvidt også psykiatriens genstandsområde at undersøge de varierende elementer, som indgår i patologiseringsprocessen. Da der ikke findes objektive kriterier for det neurotiske i en stor del af de her nævnte symptomer, er det nødvendigt at bruge de kilder, som registrerer og bestemmer patologiseringen. I 1800-tallet forestod medicinere denne regi-

strering, mens det i århundrederne før hovedsageligt var kirken.

Når mange hidtil har ment, at en del djævlebesættelser fra 1600- og 1700-tallet retteligt burde betegnes som neurotiske, afspejler det blot vanskelighederne ved at fastholde begrebernes historiske identitet. Det er også et faktum, at hysteri, hypokondri og epilepsi har eksisteret fra oldtiden, men symptombeskrivelserne op gennem tiden er så utydelig, at den blotte begrebsidentitet ikke siger noget som helst. Det er beviseligt, at enkelte af de symptomer, vi i dag ville kalde neurotiske, i den før-Kraepelinske klassifikation blev placeret under psykiatriske diagnoser. Således omtaler Esquirol de nævnte djævlebesættelser, religiøse massefænomener og epidemiske forvildelser som typer af *melankoli*. Endelig er specielt de neurotiske symptomer vanskelige at bestemme historisk, idet de i den betydning, vi har anvendt siden 1800-tallet, indebærer et element af noget psykosomatisk. I mange tilfælde skal der en ret præcis undersøgelse til for at afgøre, om et symptom er hypokondrisk, hysterisk eller vittterligt organisk/somatisk, så hovedparten af eventuelle symptombeskrivelser fra århundrederne før er så godt som ubrugelige.

Set ud fra patologiseringsprocessen er der meget, der taler for, at en stor del af de neurotiske symptomer ikke eksisterede før ret sent i 1700-tallet – nemlig alle dem som hører til den lettere kategori af symptomer: neurasteni, angstneurose, en del af hypokondri, hysteri og traumatisk neurose. En patologisering af symptomer som irritabilitet, hovedpine, svimmelhed og koncentrationsbesvær er noget af et luksusfænomen. Det kræver et vist eksistensniveau overhovedet at opfatte dem som patologiske. Patologiseringen hører derfor sammen med de samfundsmæssige betingelser for subjektets materielle eksistens. Et hårdt fysisk arbejde, en arbejdsdag på 14-16 timer, en kamp for at undgå underernæring, en gennemsnitslevealder for dem, der er nået over de 20, på ca. 45 år, total mangel på hygiejniske forholdsregler osv.osv. – disse eksistensbetingelser harmonerer ikke med en sygdomsbevidsthed overfor en stor gruppe af de neurotiske symptomer. For feudaltidens bønder var opretholdelsen af eksistensen så byrdefuld, at sygdom oftest var identisk med død. Det var antagelig i langt højere grad end i dag et enten-eller. Da eksistensbetingelserne ikke har været synderligt bedre for den begyndende arbejderklasse stuvet sammen i byernes slum, må man formode, at neurotiske symptomer først viste sig blandt arbejderklassen sent i 1800-tallet. Spørgsmålet er, om det nogensinde kan afgøres empirisk.

Patologiseringsprocessen er dobbeltsidig i den forstand, at subjektet på et historisk tidspunkt må udvikle en bevidsthed om symptomer. Det er dels en konsekvens af den ændrede lægerolle (jvf. nedenfor) og den almene ideologiske påvirkning, og dels en udvikling af en bestemt bevidsthedsform. Kristen Nordtoft skildrer i en bog om Kierkegaard (1977), hvordan denne hudfletter borgerskabets selvoptagethed. Det er kun et enkelt aspekt af den, som er relevant i denne sammenhæng, nemlig den selv suggererende egocentricitet, som breder sig ud over både krop og sjæl. Denne type af

selvoptagethed, koblet med en markant nedsat smertetærskel leverer væsentlige betingelser for den neurotiske bevidsthed. En af dem er medlidenheden, symptomernes bevidste fremtræden i en intersubjektiv relation, hvor et andet subjekts med-liden nærer neurosens kilde. Denne sekundære sygdomsgevinst forudsætter et bevidsthedsniveau, som på en anden led er terapiens betingelse, nemlig refleksiviteten. Den *intrasubjektive* kredsen om sig selv og sin krop, om somatisk smerte og psykisk smerte, er både betingelsen for neurosen og for dens ophævelse.

Patologiseringsprocessen har også mere direkte samfundsmæssige betingelser. Den franske socialhistoriker Donzelot (1979) viser således, hvordan lægens rolle i 1800-tallet ændres til en næsten formynderisk instans, men som også observerer, vejleder og rådgiver. Donzelot påpeger, at der dannes en form for alliance mellem lægen og især småborgerskabets og borgerskabets kvinder, og især rettet imod børneopdragelsen. Hus-lægen indgår som opdragelsesmæssig autoritet, han observerer fejludviklinger og regulerer opdragelsen af børnene ved at rådgive og vejlede kvinderne. I denne sammenhæng vil et begreb som neurasteni meget hurtigt kunne få ret præcise og konkrete virkninger. Patologiseringen af ubetydelige detaljer vil åbne for en række af muligheder for en indfølelse omsorg og en kronisk agtpågivenhed overfor den mindste mislyd. Relationer som alt andet lige vil virke selvforstærkende på patologiseringen.

Alene to begreber som neurasteni og degeneration er i populariseret form tilstrækkelig til at fremkalde en restriktiv psykoseksuel opdragelse. De forholdsregler, som blev sat ind overfor den frit udfoldede infantile seksualitet, givetvis ofte med det erklærede mål at undgå sygeligheder, var i sig selv med til at skabet neuroserne. Det er vanskeligt at sige, men antagelig ikke umuligt at undersøge den medicinske ideologis betydning. Der er mange tegn på, at den romantiske civilisationskritik var styrende for de mentalhygiejniske forholdsregler som medicinerne foreskrev. Følgende citat om neurasteni er eksemplarisk:

»Det må endvidere erindres, at disse Betragtninger væsentligt kommer til at gjælde de store Byer, der danne den moderne Civilisations Centra. Det er her, at Livet for de fleste former sig paa en sundhedsstridig Maa-de, fordi der stilles Fordringer til vore Nerver, som overgaa, hvad de ifølge deres engang givne Organisation kunne yde uden at overanstrenges. (s. 4).«

»For at forstaa de naturstridige Betingelser, under hvilke en Hovedstadsbefolkning lever, behøver man kun at sammenligne Totalbilledet af Livet i en stor By, saaledes som det viser sig på Gader og Stræder, med Livet på Landet. For den, der er vant til det sidste, gjør Forvirringen og Uroen, Synet af de iltomt passerende Mennesker og Larmen af de forbi-farende Vogne et ligefrem fortumlede Indtryk. Og ikke blot ere Sandse-organerne i eetvæk occuperede, men de Indtryk, de modtage, ere for

største Delen af den Natur, at de fordre at bearbejdes. Man skal ikke blot see en Mængde Mennesker fare forbi sig, men man skal også være opmærksom paa, om der er nogen af Ens Bekjendte imellem; man skal ikke blot have Spektaklen af Vognene, men man maa også undvige dem; og paa den Maade kan det at passere en Gade komme til at repræsentere et heelt Stykke Nervearbejde. . .

Enhver vil dog kunne faa et Indtryk af det nervepirrende, der ligger i at færdes i en stor By, ved at gjøre det forsøg saa pludseligt som muligt at lade sig forsætte til et øde Steds Stilhed. Den fuldstændige Ro, som Sandseorganerne derved med eet faa, maa paa Enhver gjøre et eiendommeligt velgjørende Indtryk.« (s. 5). (K. Pontoppidan, 1886).

Disse udpluk giver ret præcist udtryk for den romantiske subjektoplevelse. Der er noget fundamentalt mistænkeligt ved den civiliserede indretning af dagligdagen, noget naturstridigt som nedbryder nervesystemet. Bybilledets flimmer modstilles landsbylivets ro og stilhed, og modstillingen anvendes til en direkte karakteristik af folks mentale tilstand. Det er ikke engang metaforer eller symbolske relationer Pontoppidan anvender – sansindtrykkenes mangfoldighed, deres bombardement af receptorerne giver sig direkte udslag i forvirring, manglende koncentration og stress. Når nervesystemet belastes konstant og tilstanden bliver kronisk, er den funktionelle lidelse permanent. Men hvordan stemmer dette egentlig med den parallelle forklaring af en funktionel lidelse som »dårlig nervekvalitet«, eventuelt opstået via lokal ernæringsmangel. Selv om det i dag for os at se er åbenlyst sludder, at det er nerveenergiens kvalitet som skulle være symptomskabende, så er det samtidig besynderligt, at nogen stadig kunne tro på det i 1880'erne. I betragtning af, at nerveenergi for længst (1840'erne) var beskrevet elektro-fysiologisk og at de første skridt til opdragelsen af nerveimpulsen (og den velkendte »alt-eller intet lov«) allerede var tilbagelagt, er det ret usandsynligt, at nogen skulle kunne overbevises om en substantiel ændring i nerveenergien ved de energetiske neuroser. Både neuropatologer og psykiatere opererede i det hele taget med et sæt af hypotetiske begreber, hvis materielle sidestykke de intet vidste om – degeneration, konstitution, arv . . . De er alle medierende begreber i den forstand at de betegner de patologiserende elementer i organismen, de medierer mellem ydre årsager og indre psykiske symptomer. Men de ydre årsager i sig selv, det der skaber degeneration, nervøsitet, den neuropatiske konstitution, den funktionelle lidelse, er *civilisationen* og dens indbyggede selvdestruktion – drikfældighed, kønssygdom, vold, stress, børnearbejde. Den medicinske ideologi som formidles i den direkte kontakt med patienterne og opdragelses- og forebyggelseskriter støttede og præciserede den romantiske subjektoplevelse, og styrkede dermed via ovennævnte alliance med »husmoderen« intimsfæren.

Psykoanalysens placering af neurosernes seksuelle ætiologi i intimsfæren kræver i en historisk sammenhæng at de specifikt neurosedannende relationer analyseres i deres historicitet. Shorter (1975) omtaler nogle aspekter ved

intimsfærens opståen som er relevante i denne sammenhæng.

En af Shorters væsentligste pointer, og en af dem der underbygges af mange forskellige kildestudier, angår ændringen i partnervalg i perioden 1750-1850. Tidligere var valget af partner uafhængigt af de egentlig involverede parter. Det var bestemt af familien iøvrigt, primært forældrene. Det bestemmende for valget var til en vis grad økonomiske forhold. Det gjaldt dels om at få fingrene i de økonomisk mest velstillede, men der var samtidig den begrænsning, at parterne skulle være fra samme klasse og helst fra samme geografiske område, samme landsby. Giftemål på tværs af klasseskel var uacceptabelt. Begivenheder såsom ægteskab, men også fødsel og død var i langt højere grad end senere sociale begivenheder som hele landsbyfællesskabet deltog i. Den sociale ritualisering manglede de senere tegn på begivenhedernes privatisering. Partnervalg var nærmest en kommerciel transaktion og dermed også i langt højere grad underlagt social kontrol.

Når antallet af ægteskaber som går på tværs af klasseskel stiger, når antallet af førægteskabelige graviditeter stiger, når aldersforskellen mellem parterne udlignes, må det bl.a. være fordi partnervalget styres af andre faktorer end de økonomiske og socialt ritualiserede. Shorters konklusion er at partnervalget *romantiseres*. Det er ikke de økonomiske forhold som er afgørende, men personerne selv og deres følelser for hinanden. Den sociale supervision erstattes af en privatiserende romance, mere eller mindre skjult for andres indblanding. Den seksuelle aktivitet før ægteskabet stiger kraftigt (den kraftigste stigning kommer først i 1960'erne) og meget tyder på at ungdommen før ovennævnte periode var totalt afholdende.

Nu er det ikke sådan, at seksuel aktivitet og romantiske følelser nødvendigvis hænger sammen. Shorter mener således at kunne vise, at arbejderklassen var seksuelt mere frigjort end middelklassen, men samtidig at middelklassen i højere grad dyrkede den romantiske kærlighed.

Og det passer næsten for godt med psykoanalysens hypotese om sammenhængen mellem intimsfærens opståen og neurosernes ætiologi. For ifølge den er det først og fremmest i borger- og småborgerskabets konstituering omkring kernefamilien, at de indestængte følelser, de opstemmede affekter og de systematiske seksualfortrængninger giver sig udslag i neurotiske symptomer. Iøvrigt er det ikke tilstrækkeligt at hævde, at et egentligt psykoseksuelt register institueres i perioden 1750-1870 omkring de romantiserede partnervalg. De romantiske følelser opstår ikke ud i luften, men er dannet i en specifik Ødipusstruktur.

Shorter fremhæver andre faktorer, som kan understøtte intimsfærens centrering om kernefamilien. De voksnes opfattelse af barnet ændres som bekendt ligeledes i perioden. Hvor det tidligere stort set ikke eksisterede – og kun som økonomisk størrelse – blev det nu skueplads for en interesse, puslen, gramsen, ømhed, kærlighed, planlægning, forventning, foruroiligelse osv.osv. Og det er selvsagt disse (følelses)relationer som socialiserer barnets psykoseksualitet – og dermed skaber dets eventuelle neuroser.

Hvis man dels anskuer neurosernes ætiologi ud fra psykoanalysen og dels mener at langt hovedparten af de neurotiske symptomer historisk opstår (patologiseres) i 1800-tallet, er det hensigtsmæssigt at tilbageprojicere psykoanalysen på den historiske udvikling. Psykoanalysen må siges at råde over en tilstrækkelig præcis definition af de enkelte neurosers ætiologi til at det er muligt at aflede nogle nødvendige betingelser for deres opståen. Springet til at få disse betingelser bekræftet empirisk er imidlertid enormt. Det er således nødvendigt at få kortlagt intimsfærens udvikling i detaljer, dvs. familiens formelle ramme – antal, boformer, huslige funktioner, opdragelsesidealer, opdragelsespraksiser, følelsesbindinger mellem forældre indbyrdes, mellem forældre og børn og mellem børn indbyrdes. Det er nødvendigt at få empirisk belæg for den historiske udvikling af Ødipuskompleksets kønsdannende aktiv-passiv struktur. Hvis man som mål forestiller sig en konkret neurotisk patient fra første halvdel af 1800-tallet beskrevet med samme detaljerighed som Freuds sygehistorier, vil man hurtigt indse problemernes omfang.

Hvis ovenstående blot er nogenlunde korrekt, vil man kunne drage stor nytte af det enorme journalmateriale som må eksistere fra anstaltens start. Selv om det ovenfor er vist, at neurosebegrebet var et neuropatologisk begreb må man huske på, at de psykiatriske hospitaler ihvertfald op til århundredskiftet netop omfattede begge kategorier af patienter. Datidens psykiatere var i højere grad end i dag underlagt det kliniske klassifikationskriterium – den minutøse og detaljerede beskrivelse af symptombilledet. Kombineret med en klasseanalyse og en rimelig socialhistorisk skildring af de klassespecifikke intimsfæreforhold i 1800-tallet vil man være nået langt, hvis man kunne påvise en skæv klassefordeling i sygdomsformer. Det er således hovedsageligt psykiatriens kliniske beskrivelser som kan anvendes i dag, mens deres ætiologiske forklaringer er ubrugelige.

Diskussionsoplæg til symposium om Neurosernes socialhistorie, Sct. Hans Hospital, 14 - 16 maj 1982.

LITTERATUR

- ANDKJÆR OLSEN, O. og KØPPE, S. (1981): *Freuds Psykoanalyse*. Gyldendal
 BEARD, G. M. (1881): *American nervousness*. New York
 BEARD, G. M. (1883): *Die Nervenschwäche*. Leipzig
 DONZELOT, J. (1979): *The policing of Families*. New York
 ESQUIROL, E. (1827): *Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen*. Leipzig
 ESQUIROL, E. (1838): *Des maladie mentales*. Paris
 FISCHER-HOMBERGER, E. (1975): *Die traumatische Neurose*. Bern
 NORDENTOFT, K. (1977): *Søren Kierkegaard*. DUP
 OPPENHEIM, O. (1889): *Die Traumatischen Neurosen*. Berlin
 PONTOPPIDAN, K. (1886): *Neurasthenien*. København
 ROMBERG, M. R. (1846): *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin
 SHORTER, E. (1975): *The making of the modern family*. Glasgow