

Bivirkninger ved en psyko-social psykiatri-kritik

Jonathan Led Larsen¹

Signe Düring²

Katrine Schepelern Johansen³

¹ Kompetencecenter for Døbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri
jll@psy.au.dk

² Kompetencecenter for Døbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri

³ Kompetencecenter for Døbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri

Larsen, Jonathan Led, Johansen, Katrine Schepelern & Düring, Signe (2021). Bivirkninger ved en psyko-social psykiatri-kritik. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 34, 71-89

Selvom en stærk strømning, med afsæt i bl.a. psykologi, sociologi og antropologi, diskuterer og udfordrer psykiatriens vidensgrundlag og dens praksisser, lykkes det sjældent at etablere en frugtbar dialog mellem kritikerne og psykiatrien, som leder til forandring. Med andre ord fører kritikken ofte til polarisering og ikke til konstruktiv udvikling. Der er forskellige måder at forstå dette på. Enten har den psykosociale kritik ikke noget meningsfuldt eller konstruktivt at bidrage med til klinisk praksis, hvorfor den med rette bliver afvist. Eller også sker der et sammenbrud i dialogen, som i det mindste delvist kan forebygges. Vi fokuserer på den sidste mulighed. Med afsæt i eksempler taget fra to af forfatternes egne tekster diskuterer vi disse forsøg på kritik af psykiatrien. Som alternativ diskuteres, med inddragelse af en biopsykosocial model, hvordan fremtidens tværfaglige dialog kan udspilles mere konstruktivt. Med afsæt i fire personlige artikler om at ændre perspektiv på et vigtigt aspekt af psykiatrien, foreslås afslutningsvis hvilke dyder, der kan hjælpe en positiv udvikling mod en rigere psykiatrisk praksis på vej - et mål som deles af mange blandt såvel psykiatriens praktikere som dens kritikere.

Side effects of a psycho-social critique of psychiatry

Even though we today experience a strong trend, taking it's point of departure in academic fields such as psychology, sociology and anthropology, that debate and challenge the fundament and practices of psychiatry, we seldomly see the different participants establish a dialogue that leads to change. Rather, the critique seems to lead to polarization and not to constructive development. This can be interpreted in two different ways. Either, the psycho-social critique does not have any important contribution to make to the clinical practice of psychiatry and is rightfully dismissed. Or what we see is rather a breakdown in the dialogue which can be prevented, at least to a certain point. In this article we focus on the last interpretation. We take our point of departure in two of our own already published texts and discuss their criticism of psychiatry. As an alternative we turn to a bio-psycho-social model and discuss how a cross-disciplinary dialogue can be established instead. At the end of the article we suggest, inspired by four personal accounts of changing perspectives on an important aspect of the psychiatric field, which virtues that can facilitate a positive development toward a more comprehensive psychiatric practice. A goal that is shared by many practitioners as well as critics of psychiatry.

Indledning

Denne artikel udspringer af vores praktiske hverdag, hvor vi alle tre arbejder i en tværdisciplinær forsknings- og udviklingsafdeling i den regionale behandlingspsykiatri. Det område, vi arbejder med, er mennesker, der har en psykisk lidelse og bruger rusmidler i et sådant omfang, at det giver problemer for dem (i psykiatrien kaldes denne gruppe mennesker dobbeltdiagnosepatienter). Vi kommer med tre forskellige faglige baggrunde; psykologi, medicin og antropologi, og oplever i vores daglige arbejde, at vores forskellige faglige perspektiver i stor udstrækning beriger hinanden og gør os klogere på de mange forskellige vinkler, man kan anskue vores arbejdsfelt ud fra. Vi oplever også, at det komplicerer og udfordrer det perspektiv, vi hver især er formet af, og dermed giver anledning til en række overvejelser, der kan være vanskelige at håndtere indenfor det enkelte fags perspektiv. Det gælder ikke mindst traditionen for kritik af psykiatrien, som findes inden for psykologien, sociologien og antropologien.

I denne artikel er det vores ambition at placere os som repræsentanter for en retning i psykiatrien, der er i færd med at orientere sig ud fra en tværdisciplinær agenda, og vi ser denne tværdisciplinære agenda som en måde at arbejde med den

kritik, der findes i psykologien, sociologien og antropologien. I løbet af artiklen trækker vi på følgende definitioner af forskellige niveauer af tværdisciplinaritet:

1. Multidisciplinaritet hvor fagene holder sig indenfor egne grænser.
2. Interdisciplinaritet hvor fagenes grænser blødes op.
3. Transdisciplinaritet hvor fagene smelter sammen og ideelt set bedre kan begribe et givent fænomens kompleksitet. (Choi & Pak, 2006)

‘Tværdisciplinaritet’ reserveres til at betegne alle former for samarbejde på tværs af discipliner. Vi opfatter psykiatrien som overvejende mono- til multi-disciplinær, sjældent interdisciplinær og aldrig transdisciplinær. Vores overordnede interesse er at overveje, hvordan bevægelsen længere over mod det transdisciplinære kan tale konstruktivt ind i psykiatriens udvikling.

Det betyder ikke, at man ikke kan tænke andre måder at øve indflydelse på, fx ved monodisciplinær, kritisk forskning. Det er helt legitimt, og noget der er en stærk tradition for. Men det er samtidig den position, vi forsøger at bløde op på hos os selv, hvorfor denne artikel også er udtryk for selvkritik. Vi har valgt at bruge begrebet ‘bivirkninger’ om det, vi selv finder mindre konstruktivt ved den mono-disciplinære orientering. Her tænker vi ikke på, at der er noget i vejen med kritikken i sig selv. Men på samme måde som lægemidler ikke har bivirkninger, så længe de står i medicinskabet, så viser bivirkningerne ved den mono-disciplinære kritik sig først i mødet med den psykiatri, man gerne vil påvirke.

Vores brug af begrebet bivirkninger henviser til to aspekter af kritikken. For det første en opmærksomhed på at kritik af enkelte træk ved psykiatrien, fx af det diagnostiske system, sjældent forholder sig til, hvilke følgevirkninger en ændring vil have for det øvrige system, som ændringen vil gribe ind i på uforudsigelige måder. Dvs. at man ser bort fra den større kontekst, som det kritiserede fænomen er en del af, hvor ved kritikken potentielt mister noget af sin relevans eller genkendelighed. For det andet henviser bivirkninger til risikoen for, at en mono-disciplinær kritik ikke bliver hørt, fordi modsatrettede positioner har en tendens til at forstærke hinanden med fare for, at de begge får sværere ved at anskue fænomenet, det handler om, i al sin (transdisciplinære) righoldige kompleksitet. Vores eget felt, dobbeltdiagnoseområdet, er kendetegnet ved i høj grad at rumme et komplekst samspil mellem mange elementer, som giver anledning til misforståelser og manglende sammenhæng på tværs af discipliner, men vi mener, at behovet for at kunne tænke på tværs af discipliner er vigtigt for psykiatrien mere bredt.

Artiklen udfolder sig først med to eksempler på mono-disciplinær psykiatrikritik, der risikerer at fremkalde det, vi har defineret som bivirkninger. Både ved

ikke at følge konsekvenserne af kritikken, og ved potentielt at skabe afvisning i den psykiatri man gerne vil i dialog med. Fordi artiklen er drevet af vores egne erfaringer og overvejelser omkring tværfaglighed, tillader vi os at bruge egne tekststykker som eksempler. Derved hænger vi ikke nogen uberettiget ud – andre forskere, der skriver artikler med lignende pointer, gør det formodentlig ud fra et andet rationale om, hvordan man bidrager til psykiatriens forandring. Dernæst peger vi på den biopsykosociale model som et bud på en tværdisciplinær orientering for psykiatrien. Vi peger også på, hvordan den biopsykosociale model har fejlet, men hvorfor dens kernebudskab om tværfaglighed stadig holder og er nødvendigt. Det illustrerer vi med en model, der viser, hvordan forskellige elementer i og omkring psykiatrien griber ind i hinanden og former det, vi betegner som dobbeltdiagnoseområdet. Denne model er et 'work in progress' (som denne artikel også er en del af). Vi har derfor ikke en ny forbedret biopsykosocial model at byde på, og den findes heller ikke i litteraturen. Fordi denne artikel handler om processen frem mod en mere hensigtsmæssig transdisciplinær forståelsesramme, afrunder vi i stedet ved at præsentere fire eksempler på skiftet fra en overvejende monodisciplinær til en bredere og mere tværdisciplinær orientering, hentet fra personlige beretninger i litteraturen. De illustrerer, at bevægelsen fra en monodisciplinær orientering (som er det, vores uddannelsessystemer alt overvejende producerer) mod et udvidet transdisciplinært perspektiv, ikke nødvendigvis er en triviel lineær udvikling, men kan involvere en mere grundlæggende personlig reorientering.

Artiklens konklusion er, at bivirkningerne ved en monodisciplinær psykiatrikritik kan behandles med tværfaglighed, hvor discipliner arbejder sammen om at forstå det psykiatriske felts komplekse fænomener – med afsæt i fænomenerne og ikke i disciplinære afgrænsninger. Hvis selve produktionen af viden er tværdisciplinært funderet, så opstår problemet med at skulle integrere monodisciplinære perspektiver, med hver deres adskilte begrebs- og metodedannelser, i mindre grad efterfølgende. Det har så igen sine egne bivirkninger, fordi det er en proces, der ikke tilbyder den sikkerhed, der ligger i, at kunne holde sig til sit eget faglige ståsted – og at forlade det kan opleves både som et fagligt og personligt tab af fodfæste, der kan involvere modstand.

Psykiatrien som essentialiserende og reduktionistisk

I det følgende præsenterer vi to eksempler på kritik af psykiatrien. I disse argumenteres for at psykiatrien er hhv. essentialiserende og reduktionistisk. Der kunne vælges andre kritikpunkter, fx at psykiatrien ekspanderer ind i andre områder af samfundet (Brinkmann, 2010; Brinkmann & Petersen, 2015; Rose, 2019), eller at psykiatrien er de-humaniserende (Karlsson & Borg, 2017), men vi holder os af pladsmæssige årsager til de to nævnte kritikpunkter. Når man kritiserer psykiatrien for at være essentialiserende, så mener man typisk, at psykiatrien abonnerer på en opfattelse af, at en diagnose som fx skizofreni på tværs af tilfælde har en fælles kerne, hvilket ofte beskrives som en underliggende biologisk proces, der er den egentlige grund til de symptomer og tegn, som kan observeres, men som kan variere fra patient til patient, selvom de altså antages at dække over den samme sygdom (Borsboom et al., 2018). Tilsvarende når man kritiserer psykiatrien for at være reduktionistisk, så handler det grundlæggende om hvilke former for processer, der tilskrives egentlig kausal effekt. Som vi forstår reduktionisme, så er det betegnelsen for, når et samlet komplekst fænomen søges forklaret gennem *et* primært beskrivelsesniveau, som både kan være psykologisk eller socialt, men som i psykiatriens tilfælde ofte opfattes som biologisk.

Vi bruger som illustration to stykker tekst, som vi selv har skrevet. Efter hvert stykke tekst vil vi kort påpege nogle af de oplagte svagheder i argumenterne, når vi nu anskuer dem ud fra vores bivirkningsperspektiv. Det første stykke tekst stammer fra et peer-reviewed bogkapitel, det andet fra en ph.d.-afhandling. Der er således tale om tekststykker, der er blevet bedømt og accepteret af fagfæller, og vi tillader os derfor en antagelse om, at de repræsenterer acceptable måder at skrive på om psykiatrien inden for vores fag. I det første kritiseres de diagnostiske systemer; det amerikanske DSM- og WHO's ICD-system:

"[...] DSM-III og de efterfølgende versioner af både DSM og ICD [kan] ses som en tilbagevendende til psykiatriens tidlige rødder i form af en stærkere biologisk orientering med øget fokus på hjernen som det organ, der er ramt af sygdom (Pilgrim, 2002). Den biomedicinske model bliver af flere betragtet som en dominerende indflydelse både på psykiatrisk praksis og på de typer af forskning, der bliver prioriteret (UN Human Rights Council 2017). [...] det er relevant at pege på, at det stærke fokus på biologiske forklaringer har nogle problematiske konsekvenser. En af disse er, at psykiatriske diagnoser bliver opfattet som klart definerede fænomener – dvs. specifikke sygdomme knyttet til specifikke processer, systemer eller steder i hjernen. [...] proble-

met med dette er, at psykiatriske diagnoser ikke nødvendigvis henviser til noget, som er håndfast på samme måde som fx grundstofferne i det periodiske system, der kan kategoriseres ud fra antallet af protoner i kernen (Kendler et al. 2011) [men i stedet] "bedst forstås som 'åbne begreber' [...] der er karakteriseret af (a) bløde grænser, (b) en potentielt uendelig foranderlig liste over indikationer og (c) en uklar essens" (Lilienfeld, 2014, 272, vores oversættelse)." (Larsen & Johansen, 2019, 139-140)

I dette eksempel behandles de diagnostiske systemer som udtryk for den psykiatriske 'sandhed' om de psykiske lidelser, og der stilles spørgsmålstejn ved deres hensigtsmæssighed. Tekststykket undlader hermed at forholde sig til den interne diskussion og kritik, der er i psykiatrien om manualerne (Lilienfeld, 2014; Parnas et al., 2012). Tekststykket forholder sig heller ikke til, at diagnoser i psykiatrien stilles af højt specialiserede læger i samarbejde med andre faggrupper, netop fordi man ikke mener, at de diagnostiske kriterier en til en svarer til objektive enheder. Man mener i stedet, at der er brug for at sammenstille de forskellige symptomer, som patienterne fortæller om, med den erfarne praktikers samlede billede af, hvordan psykiske sygdomme kan udmønte sig efter principper om mønstergenkendelse. Almindelig klinisk praksis medfører samtaler med tusinder af mennesker, der henvender sig med alle mulige symptomer, hvor klinikerne lytter, kondenserer og laver en i medicinsk forstand arbejdshypotese, og så fortsætter dataindsamlingen, indtil der tegner sig et mønster, en slags 'diagnostisk gestalt', som man så navngiver. En lang række medicinske tilstande kræver omfattende dataindsamling og ender med at identificere et mønster, der kan have været uklart fra starten. En forhøjet blodprøveværdi er eksempelvis ikke i sig selv en diagnose, men kan være en del af en diagnose, og det, at man kan teste for noget, er sjældent svaret i sig selv, men snarere en be- eller afkræftelse af en arbejdshypotese; en fremgangsmåde som ikke er væsensforskellig fra psykiatriens.

Med andre ord er en kritik af psykiatriens diagnosesystem ikke en-til-en relevant for klinisk praksis, hvor diagnoser kun indgår som en del af en flerstrengt proces. I klinisk praksis fungerer diagnostiske kriterier ikke som en facitliste, men er et dynamisk værktøj, der bliver anvendt af fagpersoner, som er uddannet via deltagelse i et praksisfelt. I den forstand kan man argumentere for, at klinisk erfaring (evne til at genkende mønstre i komplekse, dynamiske data) er med til at kompensere for de svagheder, der er ved nutidens diagnosesystemer. Fra et praktisk klinisk perspektiv suppleres de uperfekte diagnosesystemer altså af 'tavs viden', der erhverves gennem formaliseret uddannelse og lang tids klinisk praksis. Kritikken af diagnosesystemerne er også frakoblet de mange andre funktioner,

som diagnoser er vævet ind i, og som også er en del af forklaringen på, hvorfor de har udviklet sig, som de har. Et centralt forhold er, at psykiatrien løfter væsentlige samfundsmæssige opgaver, og i visse tilfælde er lovgivningen indrettet således, at ansvar for beslutninger og procedurer er placeret hos en læge. Et eksempel er en rusmiddel-udløst psykose, hvor den rusmiddelpåvirkede indbringes til psykiatrien af politiet enten pga. selvmordsfare eller fare for andre. I det tilfælde kan lægmænd konstatere en usamlet og farlig adfærd, og vedkommende er efter lovgivningen ikke habil. Her har psykiatrien juridisk et ansvar, og der følger en række lovkrav, herunder at registrere en diagnose, fordi samfundet vil vide, hvad der skete, og hvem der lavede hvad.

Psykiatriens virke er i den forstand stramt reguleret, og der er ikke metodefrihed. Kritik rettet mod psykiatrien, som ikke tager højde for, at psykiatri er et lægefagligt speciale, der er underlagt en række krav, har specifikke samfundsmæssige funktioner og skal anvende bestemte metoder, får derfor svært ved at trænge igennem og blive taget alvorligt af psykiatriens praktikere. Psykiaterens opgave er, som det er tilfældet med andre lægefaglige specialer, at afhjælpe sygdomme, der kan skade patienten, hvad enten det er sygdomme, som er grundigt forstået, eller såkaldte syndromdiagnoser, hvor man, som fx med nogle autoimmune sygdomme, ikke kender deres årsag eller mekanismer, men baserer diagnosen på et mønster af symptomer og observationer. Kritiske tilgange til psykiatrien kan derfor gøres mere ræsonnante for psykiatriens medarbejdere ved at forholde sig eksplicit til de rammer og krav, som klinisk praksis udspiller sig under. I det foregående er 'psykiatri' tolket som det lægefaglige speciale, men andre afgrænsninger kan i princippet også anvendes; fx psykiatrien som et tværdisciplinært praksisfelt, eller som de distribuerede veje på tværs af sektorer som diagnoser er medvirkende til at transportere patienter langs. Det giver mulighed for at stille spørgsmål, som mere grundlæggende er født tværdisciplinære, og som nemmere kan tale konstruktivt ind i den eksisterende praksis. Under alle omstændigheder risikerer en kritik, som ikke forholder sig til psykiatriens kliniske rammer, eller mere nuanceret får defineret sin forståelse af 'psykiatrien', at tale forbi de forhold, man gerne vil bidrage til at bedre.

Det andet, lidt ældre, eksempel stammer fra en ph.d.-afhandling, der er baseret på langvarigt feltarbejde på to psykiatriske afdelinger. Tekststykket handler om, hvordan personalet i begrænset omfang indsamler viden, der belyser psykosociale forhold, og at forståelsen af patienten i stedet reduceres til hjernebiologi:

"Behovet for viden hænger sammen med den sygdomsforståelse, som personalet anvender. En egentlig bio-psyko-social model fordrer viden om biologiske, psykologiske og sociale forhold. Som argumenteret [tidligere], er der i praksis snarere tale om en model, der opererer med en relativ simpel biologisk forståelse, hvor hjernen er forstyrret og der derfor er symptomer og afvigende adfærd. Denne sygdomsmodel stiller ikke på samme måde krav til viden om patientens liv uden for afsnittet, men til viden om patientens sociale adfærd i afsnittet og hans symptomer [...]. Behovet for viden hænger også sammen med synet på psykisk sygdom: "Hvis der ikke er fornuft og mening i den sindssyges adfærd, så behøver psykiateren naturligvis ikke lave mere i den sag. Han behøver ikke interessere sig for, om der er noget i patientens situation, som den tilsyneladende bizarre adfærd er et svar på... For det er allerede fra starten slået fast, at den sindssyge adfærd er meningsløs og styret af kræfter som patienten ikke har kontrol over"(Jensen, 1983, 283). Den begrænsede mængde viden om patienternes liv gør det dermed nemmere at opretholde forståelse af, at der primært er tale om et medicinsk/fysiologisk problem frem for et psykologisk, socialt eller kulturelt." (Johansen, 2005, 254-255)

Det er for det første værd at påpege, at der her implicit bliver sat lighedstegn mellem en observeret praksis på to sengeafdelinger og den samlede psykiatri. Men hvis man alligevel antager (hvilket vi mener er rimeligt), at observationerne peger på noget mere generelt ved psykiatrien samlet set, så er det stadig muligt, at personalet alligevel får opbygget et mere nuanceret syn på patienterne, end der gives udtryk for i teksten. Fordi noget ikke kommer til udtryk i de konkrete observationer og samtaler, tages det som bevis for, at det ikke erkendes, hvilket ikke nødvendigvis vil være genkendeligt for personalet. Der sker også det, at der i teksten bliver sat lighedstegn mellem biologi og noget simpelt/enkelt med formuleringen "...en relativ simpel biologisk forståelse...". Forfatteren kan kritiseres for ikke at være skarp nok på, hvad biologi og medicin indebærer i den konkrete setting. I stedet foretager hun valideringen af sine fund i forhold til sit eget fags litteratur og forståelse – altså en grundlæggende monodisciplinær tilgang – fremfor at lade sig udfordre af andre fags tilgange. Derved udelukkes den diversitet og kompleksitet, som biologi og neuropsykiatri reelt indebærer, og som måske var i spil i felten men usynlig for observatøren.

Opsummerende risikerer eksempel 1 med diagnosekritikken at være unuanceret ift. den kliniske praksis, hvor psykiatere, sygeplejersker og andet personale i psykiatrien og i sundhedsvæsenet generelt tilføjer et praktisk niveau af viden. Derfor kan kritikken fremstå akademisk i betydningen af ikke at være relevant for

det konkrete behandlingsarbejde, også fordi det kliniske arbejde er stramt reguleret med et stort formelt ansvar placeret hos psykiateren. Eksempel 2 fremhæver omvendt klinisk praksis som begrænset i sit perspektiv, men risikoen er her, at det er udtryk for en begrænset beskrivelse af den egentlige bredde og dybde i praksis. Begge eksempler gør sig derved skyldige i at udløse den bivirkning, der handler om at fremhæve og problematisere et snævert element, der er indlejret i en mere omfattende helhed, hvilket risikerer at mindske relevans og brugbarhed. Den ensidige kritik risikerer også at skabe den bivirkning, som vi kaldte afvisning, fordi kritikken opleves som uretfærdig, svær at genkende og måske endda fordømmende. Vores forslag er, at en mindre monodisciplinær og mere tværfaglig forståelsesramme kan tale ind i psykiatriens udviklingsmuligheder uden at have samme bivirkningsprofil.

Fra multidisciplinaritet mod transdisciplinaritet

I en psykiatrisk sammenhæng er den biopsykosociale model velkendt, og den har traditionelt været svaret på psykiatriens udfordring med tværfaglighed og orientering mod det hele menneske. Den blev oprindeligt fremlagt af lægen og psykoanalytikeren George Engel, som så den som et værn mod en tendens til at fremhæve (naturfaglig) monodisciplinaritet frem for tværfaglighed (Engel, 1977, 1980). Den biopsykosociale model fungerer i dag som en generel ramme for samarbejde fagene imellem i psykiatrien, men mere i form af en gensidig accept end et egentligt helhedsperspektiv (Pilgrim, 2015). I dag foregår der en diskussion, som overordnet udspiller sig mellem dem, der er kritiske overfor den biopsykosociale model og ønsker den afviklet, fx fordi den åbner døren for en ukritisk eklektisme (Ghaemi, 2009), eller fordi den er banal og truer psykiatriens status som medicinsk speciale (Rosenberg, 2016), og så dem, der ønsker at genopfinde den biopsykosociale model i en styrket form (Bolton & Gillett, 2019), der bevæger sig længere ud af det tværfaglige spektrum mod et transdisciplinært perspektiv. Med vores afsæt i en tværfaglig forskningsenhed lægger vi os som sagt op ad den sidste mulighed. Her nøjes vi med at forholde os til overvejelser omkring, hvordan et rationale for en transaglig tilgang kan tage sig ud med afsæt i et biopsykosocialt perspektiv.

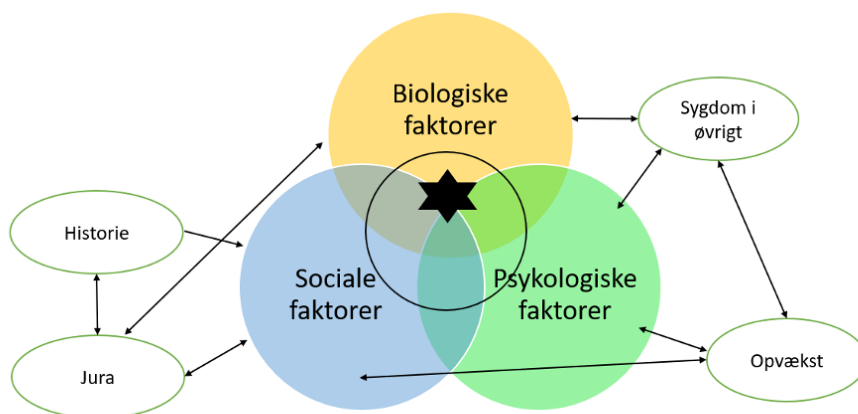
For at vurdere graden af tværfaglighed i den biopsykosociale model er det centrale spørgsmål, hvilken relation Engels tre grundperspektiver står i i forhold til hinanden. Hvad er relationen mellem det biologiske niveau, det psykologiske og

det sociokulturelle? Det er en stor diskussion, men vi trækker i resten af dette afsnit på Bolton & Gillett (2019), der i en udgivelse om en opdateret version af den biopsykosociale model behandler spørgsmålet indgående og repræsentativt for den bredere diskussion. Bolton og Gillett, der selv har baggrund i hhv. psykologi og medicin, hævder, at en væsentlig grund til at den biopsykosociale model er under kritik i dag er, at der findes en dybt forankret fysikalisme, som øver indflydelse på det videnskabelige verdensbillede – noget de forbinder med den såkaldte mekanisering af verden (og sindet), der har fysikken og kemiens universelle love som videnskabeligt ideal. Denne forståelse placerer biologi tættere på fysikkens og kemiens idealer, mens psykologi og især samfundsvidenskaberne ikke opfattes som havende meget at sige om kausale sammenhænge. Det implicerer en dualisme mellem det materielle på den ene side og det mentale og sociale på den anden side, hvor det er den venstre side af ligningen, som udgør hovedparten af kagen, mens højre side i bedste fald er glasur og krymmel.

Hvor en fysikalistisk og dualistisk menneskeforståelse peger på biologien som det rette niveau at forstå kausale mekanismer på, så er der de sidste årtier udviklet en ny ramme, der ikke er fysikalistisk, og som ikke forstår biologi, psykologi og socialitet som tilhørende forskellige verdener (Thompson, 2010; Varela et al., 1991; Von Bertalanffy, 1968). I det nye billede er det psykologiske vævet ind i det sociale, og begge dele er vokset ud af en biologi, som ikke er bundet en-til-en til fysikkens og kemiens love. Som George Engel selv indså, så er betegnelsen biopsykosocial måske ikke så hensigtsmæssig, fordi den accentuerer en faglig silobygning (se også Barrett, 1996). Engel overvejede selv, som Bolton og Gillett refererer, 'info-medicin' som et alternativ (Bolton & Gillett, 2019, 78), og selvom det aldrig slog igennem, så peger det på, hvordan en mere moden biopsykosocial videnskab om mennesket må tendere mod det transfaglige i sin grundlæggende konstitution, fordi årsagskæderne ikke følger videnskabernes opdelinger men i mange tilfælde går på tværs af dem. Rationalet ift. psykiatri er, at konkrete sundhedsvanskeligheder ikke udvikler sig, bliver vedligeholdt og evt. bedres, ved at der sker noget isoleret i et domæne, som det psykologiske eller biologiske, men at forandring derimod drives af årsagskæder, som går på tværs af de biopsykosociale domæner. For eksempel er psykologiske processer med til at rekruttere neurale kredsløb og øver indflydelse på, hvordan individets ressourcer, og i sidste ende metabolisme, bliver aktiveret. Det sociokulturelle niveau har også kausal effekt, fx ved at give adgang til ressourcer (læring, beskyttelse, fællesskab, materielle nødvendigheder/goder osv.), som virker tilbage på organismens handlerum og muligheder for at udvikle færdigheder. En svær situation, man har lært at håndtere, bliver fx mindre

ubehagelig, hvis personens ressourcer kan bruge på at løse situationen frem for at kæmpe mod den. Dobbelt diagnoseområdet, som er vores arbejdsområde, er et eksempel, hvor de forskellige dimensioner i vidt omfang spiller sammen.

Den 'nye', informationsbaserede biopsykosociale model kan formuleres i generelle termer, hvilket Bolton og Gillett mener er nødvendigt for at etablere en kerne teori, der kan fungere som fælles platform. Men derudover mener de, at detaljer må udfyldes via studier af konkrete sundhedsproblemer. Dvs. der skal ikke findes en model, der dækker alt, men der skal udvikles viden om specifikke årsagskæder i relation til konkrete sygdomsbilleder, og det kræver en grundlæggende tværfaglig orientering. Figur 1 nedenfor viser nogle af de elementer, der vil indgå i en tværfaglig orientering indenfor vores eget felt.



Figur 1. Konceptuel illustration af, hvordan kombinationen af misbrug og psykisk lidelse – dobbelt diagnoseområdet - kan ses i et tværfagligt, biopsykosocialt perspektiv. Sygdom i øvrigt henviser til den høje grad af sammenfald mellem psykiatriske og somatiske lidelser, opvækst henviser til faktorer tidligt i livet, som disponerer for senere vanskeligheder, historie henviser til strukturelle faktorer som fx opdelingen mellem psykiatri og misbrugsbehandling, mens jura henviser til de forpligtelser, som behandlings- og støttesystemer har ift. patienter, fx omfanget af kommunal støtte eller for psykiatriens vedkommende forpligtelser ift. udøvelse af tvang. Modellen illustrerer også forskellige niveauer af tværfaglighed: Udenfor den sorte cirkel er der primært tale om multidisciplinæritet, hvor fagene holder sig indenfor egne grænser. Indenfor den sorte cirkel findes interdisciplinæritet, hvor fagene bliver blødt op. Stjernen lokaliserer det sidste niveau af tværfaglighed, transdisciplinæritet, hvor fagene smelter sammen og ideelt set bedre kan begribe et givent fænomens kompleksitet. Begreberne om tværfaglighed er taget fra (Choi & Pak 2006).

Hvilken betydning vil det have for psykiatrisk praksis, hvis denne form for integrative biopsykosociale tænkning vokser sig stærk? Det er selvfølgelig ikke til at sige i nogen præcis forstand, men vi kan trække på nogle ideer fra litteraturen for give et bud på, hvordan det kan oversættes til vores eget felt.

Nogle overordnede pejlemærker er, at forklaringer på psykiske lidelser ikke primært vil fokusere på et underliggende biologisk niveau, men også inddrage personens miljø og de bredere kulturelle rammer, som det udspiller sig indenfor. I stedet for at tænke i lineære processer hvor A fører til B, så træder feedback-loops i forgrunden, hvor fx A påvirker B, som influerer på C og D, der via E virker tilbage på B. Indenfor vores eget felt, hvor kommunerne i dag har ansvar for rusmiddelbehandlingen og regionerne for den psykiatriske behandling, samtidig med at en

række af velfærdssamfundets institutioner (socialvæsenet, jobmarkedet, uddannelsessektoren m.v.) og civilsamfundet også spiller ind, kan det oversættes til en bedre forståelse af *sammenhænge*. I et igangværende forskningsprojekt, der anvender et longitudinelt design, kan vi fx begynde at ane, hvordan det at komme sig efter et omfattende hashmisbrug i kontekst af en svær psykisk lidelse er en langvarig proces, der potentielt involverer både specifikke behandlingsindsatser (fx medicin, social færdighedstræning), ressourcer i det sociale netværk (fx en stabil, tryk kontakt til en professionel, støtte ved familie, venner), adgang til sociokulturelle ressourcer (fx uddannelse, kurser, fællesskaber omkring sport, musik) og en mental reorientering (fx at kunne ane en fremtidshorisont, som er attraktiv). Det kan måske være fristende at fokusere på ét sted i processen (fx medicinen, terapien, erkendelsen om muligheden for et bedre liv) som det, der gjorde forskellen, men ud fra den systemiske transdisciplinært orienterede optik, opstår forskellen ud af det samlede system, fordi virkningen af kliniske interventioner eller bedre livsforhold fordeler sig rundt i hele systemet (Se Kirmayer & Crafa, 2014 for en generel fremlægning af denne systemiske præmis).

Som vi har været inde på, så medfører en transdisciplinært orienteret biopsykosocial model også, at kausalitet ikke bliver placeret på det underliggende biologiske niveau, men virker på kryds og tværs af systemet. Der er foreslået flere modeller for at begribe dette (fx Borsboom, 2017; de Haan, 2020b; Fuchs, 2018; Kendler et al., 2011; Nielsen & Ward, 2020), men fælles for dem alle er, at psykiske lidelser forstås som et fastlåst mønster, der er bestemt af det dynamiske samspil mellem elementer på flere analyseniveauer og altså ikke findes i en central, grundlæggende essens. Overført til vores eget felt så kan afhængighed af rusmidler forstås som et fastlåst handlemønster, der bliver vedligeholdt bl.a. af tilpasninger i hjernens transmittersystemer, normer for stofbrug i den vigtigste omgangskreds, adgangen til rusmidler og muligheder for at engagere sig i ikke-stof-relaterede aktiviteter. Samtidig kan afhængighed ikke reduceres til et af elementerne (fx neuroplastiske forandringer i hjernens belønningssystem), fordi betydningen af det enkelte element altid er kontekstuelt bestemt af det bredere netværk af elementer. Selvom forsøg på at gribe ind og forandre dynamikken kan foregå med alt fra psykofarmaka, der påvirker specifikke receptorer, over psykosociale interventioner som terapi eller færdighedstræning til sociokulturelle påvirkninger, som at skabe adgang til fællesskaber, læring, eller ved at ændre vilkårene for straf ifm. besiddelse af narkotika, så kan de forstås som forskellige måder at skubbe til systemet på for at få det til at etablere sig i et nyt mønster, der er mere fleksibelt. Psykofarmakologisk behandling kan fx betegnes som en lokal-til-global intervention, hvor

påvirkning af neurotransmittere potentielt kan mindske et hæmmende symptom, hvorefter personens funktionalitet forbedres, nye erfaringer kan høstes, læring indtræder, og resiliens opbygges, når det går godt. Omvendt kan sociokulturelle indsatser opfattes som global-til-lokale interventioner, hvor fx adgangen til et trygt, støttende og lærerigt niveau griber ind i personens biologi ved at rekruttere nye ressourcer og skabe nye forbindelser, som over tid kan blive konsolideret i nye handlemønstre eller færdigheder (se de Haan, 2020a, for en gennemgang af lokal-til-global og global-til-lokal terminologien).

For os fremhæver begge eksempler, i relation til denne artikels emne, at der er brug for noget kvalitativt andet end at kæmpe om hvilket perspektiv på psykiske lidelser, der er mest centralt. I stedet tegner der sig et billede af yderst komplekse samspil, som ikke lader sig inddæmme af faglige grænser. Samtidig er det også en udfordrende måde at begynde at tænke på, fordi man hele tiden bevæger sig gennem fagområder, der er mere eller mindre fremmede. Vi vil bruge det sidste af artiklen til at slå an, hvad dette perspektivskifte, hvor man må lade sig udfordre og begynde at dygtiggøre sig indenfor andre muligvis modstridende perspektiver, betyder for os som forskere og/eller praktikere. Vores position er, at en sådan reorientering ikke er en ren intellektuel omstilling men også griber ind i ens faglige og personlige identitet på måder, der endda kan virke truende. Med andre ord: Hvad indebærer det at skifte fra et relativt set afgrænset og beskyttet perspektiv til et større, mere åbent og usikkert perspektiv?

Fortællinger om perspektivskifte

I det følgende bruger vi en lille håndfuld personlige essays til at belyse, hvordan væsentlige ændringer i fagligt perspektiv udspiller sig. Der findes ikke faste søgeord, som kan anvendes til at finde helt eller delvist personlige fortællinger fra fagfolk indenfor psykiatri, psykologi eller andre relevante fag, som fortæller om, hvordan de har ændret opfattelse af noget centralt omkring deres felt. Vi har i stedet anvendt artikler, bragt i tidsskrifter indenfor det psykiatriske område, som vi på forhånd havde kendskab til. Forfatterne til artiklerne har forskellige baggrunde:

- En kvantitativt orienteret forsker som er blevet mere skeptisk overfor brugen af psykofarmaka. (Gum, 2015), titel: Changing my mind: one professor's story of rethinking psychotropic medication.

- En indflydelsesrig og filosofisk orienteret kliniker og forsker, som blevet kritisk overfor mainstream-opfattelsen af psykiatriens genstand (Kendler, 2016), titel: *The Nature of Psychiatric Disorders*.
- En indflydelsesrig og epidemiologisk orienteret universitetsforsker, som fortryder ikke at have lagt vægt nok på sociale forhold i sin karriere (Murray, 2017), titel: *Mistakes I Have Made in My Research Career*.
- En frafalden kliniker som nu i stedet underviser i psykiatriens filosofi (Waterman, 2019), titel: *Why I Am Not a Psychiatrist*.

Overordnet kan de beskrevne forløb ses som narrativer, der først rummer en ukompliceret tilstand uden synderlig tvivl men med stor virkelyst. Så indtræffer en begivenhed, som sår tvivl om en eller flere væsentlige antagelser, og vel at mærke en tvivl som det er svært at lægge fra sig. Efterfølgende bliver tvivlen en slags motor, fordi der er noget, som ikke hænger sammen, og der bliver løbende brugt ressourcer på at arbejde videre med den spænding, som tvivlen har introduceret. Alle beskrivelserne rummer - om end i varierende grad - emotionelle toner, og udover tvivl nævnes ærgrelse, usikkerhed og bekymring omkring status. Faglige overvejelser, relationen til det faglige miljø, input fra psykiatribrugere samt grundlæggende overvejelser om, hvordan man justerer sit professionelle virke, er centrale temaer, der går igen i flere af beretningerne.

Fortællingerne bevæger sig fra en relativt set entydig opfattelse af tingenes tilstand (kort: 'behandlingen er effektiv', 'psykiske sygdomme har biologiske essenser', 'sociale faktorer er ikke væsentlige', 'jeg skal bare finde den rette specialisering') til mere nuancerede positioner, der ikke har samme grad af stabilitet. Et eksempel er Kendler, som beretter om en tidlig karriere, hvor han arbejdede hårdt på at finde 'skizofrenigenet', en opgave han nu betegner som præget af naivitet. I stedet bruger han en del af sit professionelle virke på at finde en bedre grundforståelse for, hvordan man videnskabeligt kan arbejde på at forstå psykiske lidelser som et mere nuanceret og multifaktorielt fænomen. Et andet eksempel er Murray, som reflekterer over en lang karriere indenfor psykoseforskning, hvor han har arbejdet på mange hypoteser. Den første hypotese, han forskede i, var, om personer med psykose selv producerede DMT, et stof som virker psykedelisk, en hypotese han i bakspejlet selv opfatter som 'bizar'. Også Murrays fortælling flytter ham fra en jagt på entydighed til en mere nuanceret position, hvor han mener, at det vigtigste at forstå bedre er de multiple mekanismer, der udgør gen-miljø interaktioner. Men den indsigt, han præsenterer som den primære, er, at han i sin karriere har afskrevet afgørende indsigter, fordi de ikke var i overensstemmelse med de fremherskende tanker i de akademiske miljøer. Hans råd til sig selv, skulle

han kunne gennemleve endnu en karriere, er: »If I had the chance to have a second career, I would try harder not to follow [...] the fashion of the herd.« (Murray, 2017, 255)

Murray beskriver videre, at hvor det er lykkedes ham at flytte sig rettidigt, så har det ofte skyldtes inspiration fra yngre kolleger, mens han omvendt kommer med et eksempel på, at han gentagne gange afskrev en helt central indsigt, fordi den kom fra en ældre kollega. Også Kendler beskriver, hvordan forhold forbundet med fagfæller og det bredere sundhedsfelt har en afgørende indflydelse på hans videnskabelige arbejde. Især psykiatriens status som medicinsk speciale har en prominent rolle, og Kendler mener også, at der ligger en afgørende etisk positionering, som er med til at afgrænse, hvilke opfattelser af psykiske lidelser, der er acceptable, hvilket han opsummerer på følgende måde: »Pride in our specialty should want us to declare that our disorders are real.« (Kendler, 2016, 7)

Kendlers dilemma består i, at han har forladt det, han kalder en naiv tro på psykiske lidelser som kategoriske essenser, og samtidig ud fra en historisk analyse må anerkende, at der er konstruktivistiske faktorer på spil, som er med til at forme de diagnostiske systemer. Hans udfordring fagligt og personligt bliver nu at finde en mere nuanceret form for realisme, som kan rumme begge indsigter. Kendler peger ikke på et bestemt øjeblik, hvor dette spændingsfelt opstod, men skriver: »My experiences over many years and hundreds of hours of DSM deliberations (from DSM-III-R through to DSM-5) have disabused me of the notion that we can revise our nosology in a "purely" scientific process.« (Kendler, 2016, 7)

Både Murrays og Kendlers narrativer vidner om, at mange processer spiller ind i og er med til at forme videnskabelige perspektiver. De demonstrerer begge en bevægelse fra et tidligt naivt ønske om at finde *løsningen*, og så frem til mere nuancerede positioner, hvor det, at forstå interaktionen mellem mange faktorer, i sig selv bliver en udfordring.

Gum og Watermans artikler er mere personligt prægede og fører dem også i en mere kritisk retning. Gums point-of-no return er det mest lokaliserbare, idet hun via nogle gribende patientfortællinger begynder at dykke mere ned i den faglige substans ift. spørgsmål, som hun før antog grundlæggende var afgjort, men som ved eftersyn viser sig stadig at være åbne. Watermans narrativ beskriver flere cyklusser, hvor han tager først det ene så det andet perspektiv til sig, men hver gang ender med at erkende, at først psykoanalyse, dernæst biologisk psykiatri og efterfølgende klinisk farmakologi hver gang efterlader ham utilpas med feltets tilstand, især med hensyn til det diagnostiske system og industrielle interessers rolle.

Både Gum og Waterman beskriver, hvordan processen har haft ikke bare faglige men også personlige konsekvenser. Gum fortæller således: »I experienced distress during this time. [...] I also questioned my intellect and critical thinking skills—if this was true, how had I been mistaken?« (Gum, 2015, 189) Waterman skriver om det tidspunkt, hvor han besluttede at ophøre med at kalde sig psykiater: »By the time I reached my decision to retire from psychiatry, I had developed serious doubts about whether I possessed any scientific knowledge or professional skill that was of any value to people who are suffering.« (Waterman, 2019, 3)

Fælles for alle fire eksempler er, at de får bragt deres tvivl med ind i deres professionelle arbejde. Murray har taget et epidemiologisk perspektiv, som giver mulighed for at arbejde med sociale processers betydning indenfor en forskningsmæssig ramme, Kendler har publiceret mange artikler om psykiatriens grundlag, Gum har flyttet sin forskningsaktivitet i retning af ikke-farmakologiske korttidsinterventioner, der kan være alternativer til nogen medicinering, og Waterman arbejder nu med undervisning i psykiatriens grundbegreber og filosofiske antagelser for medicinstuderende.

Vores formål med at gengive disse narrativer er ikke at give eksempler på ændringer, der rummer elementer af psykiatri-kritik. Vi opfatter dem snarere som eksempler på, hvilke faser man kan risikere at skulle igennem, når man bevæger sig fra en snæver men sikker position til en usikker men mere righoldig position. Udtrykt ift. vores beskrivelse af bivirkninger ved kritik, så opstår den første udfordring ved erkendelsen af begrænsningen i det hidtidige perspektiv, som viser sig kun at være et udsnit af en større og mere kompleks helhed – altså en bevægelse fra det monofaglige mod det tværfaglige. Fortællingerne viser også, hvordan forskerne alle var i stand til at forhale tidspunktet, hvor de mere bevidst skiftede til en rigere optik: Gum og Murray ved uden skepsis at godtage gængse opfattelser eller afvise kritiske perspektiver, Kendler ved at fokusere yderst snævert på én forklaringsmodel og Waterman ved at skifte fra speciale til speciale i håbet om at falde til rette det næste sted.

Det er også her, vores analogi med bivirkninger kommer til kort, og hvor det bliver mere relevant at tale om en form for modstand, når det drejer sig om de personlige omkostninger ved at gennemgå en faglig reorientering. De bivirkninger, vi definerede i starten, som kunne udspille sig mellem især et biologisk eller klinisk perspektiv og et psykosocialt perspektiv, kommer på en måde i spil i den enkelte, når man forsøger at bevæge sig tættere på det transdisciplinære.

Afrunding

Vi har set kritisk på forsøg på at italesætte psykiatriens praksis og foreslået, at der er nogle uhensigtsmæssige bivirkninger forbundet med at tale sammen, ikke blot på tværs af faggrupper men også på tværs af skellet mellem akademisk refleksion og klinisk praksis. Der er ikke en åbenlys løsning på dette. Som alternativ har vi argumenteret for, at et afsæt i en videnskabeligt udfordrende, men ontologisk sund, integrativ biopsykosocial model giver mulighed for at gentænke det psykiatri-kritiske projekt væk fra en diskussion mellem monodisciplinære positioner og i en tværfaglig retning, der i højere grad er i stand til at rumme psykiatriens fænomener. Dette udfordrer, fordi det er et verdensbillede, som ikke respekterer den eksisterende opdeling mellem fagområder. Hvis det er rigtigt, at det er den retning, videnskaben peger, så bliver den sandsynligvis formet af dem, der formår at tænke på tværs af vidensdomæner, og vi gav nogle foreløbige eksempler på, hvordan det kan komme til at tage sig ud. Artiklens sidste afsnit demonstrerede i forlængelse af dette, hvordan bivirkningerne for den enkelte kan blive til modstand, fordi faglige perspektiver også er vævet ind i personlig identitet og kan vække stærke følelser, hvis man for alvor rykker sit perspektiv. Gum minder i den forbindelse om, at når vi føler os truet – på identitet, faglighed eller levebrød – så er det svært at overveje ny information, der udfordrer ens grundantagelser. Udover at det minder om, at taktfuldhed, professionel respekt og saglighed er stærke dyder, så giver det også anledning til at overveje, hvilke former for dialoger, der er hjælpsomme. Videnskabsteoretikeren Thomas Kuhn påpegede i sit arbejde, at et paradigmeskifte ikke så meget skyldes, at det eksisterende paradigme bliver modbevist, men nærmere at et alternativ, der simpelthen viser sig bedre, bliver udviklet (Kuhn, 1996, 121f). Det rummer en stærk opfordring til at bruge færre ressourcer på at kritisere og modbevise og i stedet bruge flere ressourcer på at udvikle stærkere, respektfulde og nysgerrige tværfaglige samarbejder, som kan bløde op for de faglige siloer, og som – sandsynligvis under noget ubehag – kan gøre modstand til motor.

Referencer

- Barrett, R. (1996). *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. An Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolton, D. & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*: Springer. 10.1007/978-3-030-11899-0

- Borsboom, D. (2017). Mental disorders, network models, and dynamical systems. *Philosophical Issues in Psychiatry IV: Classification of Psychiatric Illness*, 11.
- Borsboom, D., Cramer, A. & Kalis, A. (2018). Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *J Behavioral Brain Sciences*, 1-54. 10.1017/S0140525X17002266
- Brinkmann, S. (2010). *Det diagnosticerede liv. Sygdom uden grænser*. Århus: Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). *Diagnoser - perspektiver, kritik og diskussion*. Århus: Forlaget Klim.
- Choi, B.C.K. & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and investigative medicine*, 29, 351.
- de Haan, S. (2020a). An enactive approach to psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27, 3-25. 10.1353/ppp.2020.0001
- de Haan, S. (2020b). *Enactive psychiatry*: Cambridge University Press.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136. 10.1126/science.847460
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535-544. 10.1176/ajp.137.5.535
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Ghaemi, S.N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 3-4. 10.1192/bjp.bp.109.063859
- Gum, A.M. (2015). Changing my mind: one professor's story of rethinking psychotropic medication. *Journal of Medicine and the Person*, 13, 187-193. 10.1007/s12682-015-0213-x
- Jensen, U.J. (1983). *Sygdomsbegreber i praksis Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*. København: Munksgaard.
- Johansen, K.S. (2005). *Kultur og psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler*. Ph.d.-rækken nr. 37. København: Institut for Antropologi, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal.
- Kendler, K.S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15, 5-12. 10.1002/wps.20292
- Kendler, K.S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological medicine*, 41, 1143.
- Kirmayer, L.J. & Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 435. 10.3389/fnhum.2014.00435
- Kuhn, T.S. (1996). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago press.
- Larsen, J.L. & Johansen, K.S. (2019). Dobbelt diagnose - en ubekvem betegnelse i det tværsektorielle arbejde? In B. Bjerger, & E. Houborg (Eds.), *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder* pp. 137-157). Aarhus: Aarhus University Press.
- Lilienfeld, S.O. (2014). DSM-5: Centripetal Scientific and Centrifugal Antiscientific Forces. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 269-279. 10.1111/cpsp.12075
- Murray, R.M. (2017). Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 253-256. 10.1093/schbul/sbw165

- Nielsen, K. & Ward, T. (2020). Phenomena complexes as targets of explanation in psychopathology: The relational analysis of phenomena approach. *Theory & Psychology*, 30, 164-185. 10.1177/0959354320906462
- Parnas, J., Sass, L.A. & Zahavi, D. (2012). Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia Bulletin*, sbs153. 10.1093/schbul/sbs153
- Pilgrim, D. (2002). The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future? *Journal of Mental Health*, 11, 585-594.
- Pilgrim, D. (2015). The Biopsychosocial Model in Health Research: Its Strengths and Limitations for Critical Realists. *Journal of critical realism*, 14, 164-180. 10.1179/1572513814y.0000000007
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future*. Cambridge: Polity.
- Rosenberg, R. (2016). *Psykiatriens grundlag*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Thompson, E. (2010). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Varela, F.J., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, developments, applications*. New York: George Braziller.
- Waterman, S., G. (2019). Why I Am Not a Psychiatrist. *Bulletin for the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry*, 26, 2-3.