

ET ANTROPOLOGISK BLIK PÅ PSYKIATRISK SYGDOMSOPFATTELSE

Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni

KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Denne artikel handler om, hvordan den kulturelle sygdomsopfattelse af skizofreni ser ud hos personalet på de psykiatriske afdelinger og behandlingstilbud i Danmark, hvor jeg har udført feltarbejde. Jeg vil argumentere for, at det i forhold til personalet giver mening at tale om en samlet, kulturel opfattelse af skizofreni, og til dette formål vil jeg præsentere og diskutere det teoretiske begreb sygdomsmodel. Jeg vil videre argumentere for, hvorfor sygdomsmodel synes at være særligt relevant i forhold til at forstå den sygdomsopfattelse, som man finder på de psykiatriske afdelinger. Forskellen mellem på den ene side sygdomsforestilling/opfattelse og på den anden side sygdomsmodel er i denne artikels forståelse, at model er mere systematisk og entydig, hvor forestilling/opfattelse er mere fleksibel og ad hoc. Pointen i denne del af analysen er at vise, at i psykiatrien bliver sygdomsforestillinger/opfattelser til en egentlig sygdomsmodel. Derefter vil jeg, på baggrund af et kort historisk rids af, hvordan skizofreni er blevet opfattet i psykiatrien, fremstille den sygdomsmodel for skizofreni, som jeg har fundet. Det diskuteres også, hvordan det psykiatriske personale i ét perspektiv udgør den primære sociale gruppe på de psykiatriske afdelinger, som behandlingsevalueringer og -beslutninger foregår inden for, og hvordan patienterne dermed kun udgør en passiv baggrund for denne sociale aktivitet og ikke deltagende aktører. I konklusionen påpeges det, hvordan viden om personalets sygdomsmodel kan give os indsigt i, hvad der foregår i praksis i psykiatrien.

Et centralt element i denne artikel er sygdommen skizofreni, som jeg her kort vil introducere. Skizofreni er en af de alvorligste psykiatriske sygdomme, som man kan lide af. Hører man stemmer, har andre hallucinationer, føler sig forfulgt, har storhedsforestillinger eller lignende, lider man som regel af skizofreni. Symptomerne ved skizofreni deler man traditionelt op i negative/grundsymptomer og produktive psykotiske symptomer. De negative/grundsymptomerne er tankeforstyrrelser, forstyrrelser af følelseslivet, svigtende kontaktevne (autisme)

og nedsat handlekraft. De produktive psykotiske symptomer er hallucinationer, vrangforestillinger og katatone symptomer (f.eks. usædvanlige kropsholdninger, særpræget gangart eller nedsat bevægelse). De negative symptomer præger ofte patienten kontinuerligt, når de først er fremkommet, de produktive psykotiske symptomer i psykotiske perioder. Disse perioder kan vare fra få dage til mange år. Når en patient omtales som psykotisk, har vedkommende produktive psykotiske symptomer.

Felten

Det etnografiske materiale i denne artikel stammer fra to langvarige feltarbejder på forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner. Det første er foregået i forbindelse med mit ph.d.-projekt, hvor jeg fra 2001 til 2003 lavede i alt 13 måneders feltarbejde på to forskellige psykiatriske hospitalsafdelinger for at undersøge, hvordan psykiatrisk personale forstår og arbejder med den anderledes kulturelle baggrund hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Det andet feltarbejde er foregået over to et halvt år fra 2005 til 2008 på et ambulatorium for psykisk syge stofmisbrugere som led i et forskningsprojekt om, hvordan man kan behandle denne patientgruppe. I begge feltarbejder har den dominerende patientgruppe været patienter med skizofreni, og de fleste af disse har været patienter med lange sygdomsforløb og megen kontakt til behandlingssystemet. Materialet fra de forskellige feltarbejder vil her blive behandlet under et, fordi det analytiske fokus er på psykiatrien generelt.

Feltarbejdet har baseret sig på etnografiske metoder: deltagerobservation i afdelingernes forskellige miljøer, f.eks. opholdsrum for patienterne, personalekontoret, ved behandlingskonferencer, stuegangssamtaler, og interviews med både patienter og personale. I begge projekter har fokus været på personalet, dog perspektiveret med interviews og observationer blandt patienterne. I begge feltarbejdsforløb er jeg blevet venligt og interesseret modtaget af både personale og patienter. Jeg har stort set fået lov til at deltage i de situationer og samtaler, som jeg har ønsket. Enkelte patienter har frabedt sig, at jeg har deltaget i samtaler, hvor de var med, og enkelte har ikke ønsket at lade sig interviewe.

Under begge feltarbejder har jeg været positioneret som en slags personale. Jeg har gået med navneskilt, alarm og nøgler – ting, der markerer en som hørende til personalegruppen. Dette har været et krav fra feltarbejdsstederne. I det første feltarbejde om etniske patienter havde jeg primært en position som observatør på de forskellige afsnit. Denne position var relativt uproblematisk, da der i felten også var andre, der observerede, medicinstuderende og sygeplejerskestuderende, og jeg fik status som en blandt en række af studerende. At jeg fik adgang til denne

position betød, at jeg måtte tydeliggøre, at jeg var forsker, og at min observatørposition dækkede over en anden interesse end de andre observatørers. Jeg havde derfor hængt projektbeskrivelser op på afsnittene, det fremgik af mit navneskilt, at jeg var antropolog; og jeg medbragte næsten altid min notesblok, således at patienter og personale kunne se, at jeg noterede.

I mit feltarbejde på ambulatoriet fik jeg mulighed for en mere deltagende rolle, hvor jeg bl.a. deltog aktivt i ambulatoriets værested, i personalets snak ved konferencer og i uformelle samtaler. At positionen og feltarbejdet blev anderledes, skyldes flere ting: Dels er ambulatoriet en meget mindre arbejdsplads end afdelingerne, hvor det i højere grad har været muligt at tage alle i ed i forhold til mine forskningsinteresser og metoder. Dels har feltarbejdet foregået over væsentligt længere tid, hvorfor rollen som kun observatør ville have været for anstrengende for personalet. De har haft et behov for, at jeg også har været på banen og givet lidt af mig selv (Johansen 2008).

I min interesse for, hvordan personalet har arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk eller patienter med misbrug, har det vist sig vigtigt at kunne placere denne behandling af vanskelige patientgrupper i forhold til de patienter, som personalet oplevede som almindelige eller rigtige patienter (Johansen 2007). Dermed har det vist sig relevant at undersøge, hvordan personalet opfatter sygdom, og hvordan man kan begrebsliggøre deres opfattelse af sygdom.

Sygdomsmodeller i antropologiske studier af psykiatri

Det begreb, som jeg har valgt som analytisk tilgang, er sygdomsmodelbegrebet. En sygdomsmodel er et begreb for kulturelle forestillinger eller opfattelser, som en given person måtte have om en sygdoms oprindelse eller årsag, om sygdommens udtryk og symptomer, om prognose og forløb og om behandling og udcome af denne behandling (se f.eks. Lewis-Fernández 1996; Steffen 2007). At tale om kulturelle forestillinger betyder, at der er tale om fælles og delte forestillinger inden for en given kulturel gruppe. Dette afsnit vil kort præsentere de centrale diskussioner inden for de antropologiske studier af psykiatri i relation til dette fænomen.

At interessere sig for de kulturelle forestillinger om sygdomme har været en integreret del af den medicinske antropologi, siden denne gren blev etableret som en særskilt del af antropologien i løbet af 1970'erne. Inden for de antropologiske studier af psykiatri har det mest kendte begreb til at betegne de kulturelle forestillinger været begrebet „explanatory model“/forklaringsmodel, som blev introduceret i 1977 af en af de førende skikkelser inden for den medicinske antropologi, antropologen og psykiateren Arthur Kleinman. Med forklaringsmodelbegre-

bet fokuserede Kleinman på, at patienter ofte havde andre opfattelser og forklaringer på sygdomme, end man havde inden for den vestlige biomedicin, samt at disse opfattelser af sygdomme havde rod i patienternes kultur (1977).

Samtidig med ideen om forklaringsmodeller præsenterede Kleinman også skellet mellem „disease“ og „illness“ – på dansk som regel oversat til „sygdom“ og „lidelse“. Ifølge Kleinmans definition er disease/sygdom den lægevidenskabelige sygdomsændelse, og illness/lidelse er patientens subjektive oplevelse af sit problem (1977). Forklaringsmodelbegrebet har primært været knyttet til patienter og til illness/lidelsessiden af Kleinmans skel. Disease/sygdomssiden er af antropologien stort set blevet ignoreret, da det blev opfattet som en objektiv, biomedicinsk enhed. Ifølge den medicinske sociolog Dorte Gannik har netop etableringen af skellet mellem sygdom og lidelse betydet, at sociale og kulturelle studier kun legitimt havde en rolle at spille i forhold til lidelse – sygdom var andre fagdiscipliners, primært lægevidenskabens, område (Gannik 2005:13-4).

Når jeg i denne artikel vælger at bruge sygdomsmodel som den analytiske enhed, snarere end forklaringsmodel, så er det, fordi jeg netop er interesseret i personalets opfattelse og forståelse af sygdom, frem for patienternes. Sygdomsmodel og forklaringsmodel dækker begge over samme fænomen – de kulturelle opfattelser af sygdom – men forklaringsmodelbegrebet er i litteraturen knyttet til patienterne. Jeg vil foreslå sygdomsmodelbegrebet som parallel hertil, men pegende mod personalet. Jeg er med andre ord interesseret i at analysere de sociale og kulturelle aspekter af sygdommen skizofreni, dvs. personalets forståelse af denne sygdom, som den kommer til udtryk i praksis.

I slutningen af 1970'erne og starten af 1980'erne indtog forklaringsmodelbegrebet en central plads i den medicinske antropologi. Man undersøgte forklaringsmodeller fra en lang række forskellige kulturelle grupper. Som centrale eksempler inden for denne tradition kan nævnes Kleinmans egne studier fra Taiwan og Kina (f.eks. Kleinman & Kleinman 1985), Byron Goods studie af svære og problematiske følelser i Iran (Good 1977) og Grananath Obeyesekeres kritiske diskussion af depression på Sri Lanka (Obeyesekere 1985). Kleinman og Good skrev om „klinisk social videnskab“ og foreslog, at undersøgelser af patienternes kulturelle opfattelser af deres lidelse/illness var en relevant opgave for klinikere, og at disse skulle trænes i antropologiske metoder. De foreslog ligeledes, at antropologer skulle ansættes som klinikere i behandlingsinstitutioner, hvor man behandlede mennesker med en anden kulturel baggrund (Kleinman et al. 1978).

Kritik af forklaringsmodelbegrebet kom kort efter dets introduktion. I en artikel med den meget sigende titel „Når rationelle mænd bliver syge“ kritiserede den medicinske antropolog Allan Young forklaringsmodelbegrebet for at være for rationelt: Patienter havde ikke en model i deres hoved, som kunne afsløres

af den kulturelt sensitive kliniker eller antropolog (Young 1981). I en efterfølgende artikel gav Young (1982) en række eksempler på, hvordan patienters sygdomsopfattelse blev skabt af kontekstuelle forhold: det, som Young kalder prototypiske oplevelser og kædekomplekser. Ved prototypiske oplevelser mente Young, at menneskers opfattelse af en sygdom blev formet af tidligere erfaringer med denne sygdom – enten hos patienten selv eller af betydningsfulde andre i patientens omgangskreds. Med kædekomplekser pegede Young på det forhold, at viden om sygdom blev formet undervejs i sygdomsforløbet af de konkrete informationer og handlinger, som patienten modtog og gennemgik. En anden kritiker er antropologen Michael Taussig, der har forholdt sig meget kritisk til ideen om, at kultur skal afdækkes i kliniske sammenhænge. Han argumenterer for, at forklaringsmodeller og „klinisk social videnskab“ primært vil betyde, at endnu flere områder af patienters liv bliver underlagt den medicinske verdens kontrol og dens forståelse af normalitet (Taussig 1992).

Hvis vi for en kort stund kigger ud over psykiatriens enemærker, har også andre antropologer forholdt sig kritisk til forklaringsmodelbegrebet. I 2005 har den danske antropolog Hanne Mogensen præsenteret et argument, der minder om Youngs argument. På baggrund af feltarbejde i Uganda viser Mogensen, at mødre til syge børn ikke har en kulturel forklaringsmodel på deres børns sygdomme, og at det kliniske møde i stedet er domineret af forskellige praksisser (2005). Dorte Gannik fandt i forbindelse med en stor undersøgelse af ryglidelser i Danmark egentlige forklaringsmodeller på lidelsen hos cirka halvdelen af de patienter, som hun interviewede. Men disse forklaringsmodeller var personlige sygdomsmodeller og ikke en delt kulturel sygdomsmodel (Gannik 2005:94).

Kritikken betød dog ikke, at forklaringsmodel som teoretisk og analytisk begreb har mistet sin indflydelse i den medicinske antropologi. Det udgør stadig en central del af fagets tankegods. Særligt inden for de antropologiske studier af psykiatri spiller forklaringsmodeller stadig en stor rolle. Dette ses bl.a. i det antropologiske bidrag til den seneste udgave af den amerikanske manual for diagnosticering af psykiatriske sygdomme¹ – DSM-IV (Kirmayer et al. 1998), og i forarbejdet til den kommende udgave – DSM-V (Alarcón et al. 2005). Da denne manual skulle revideres i 1994, arbejdede en gruppe antropologer med, hvordan man bedst kunne udarbejde manualen, så den kunne anvendes i forhold til en multietnisk befolkningsgruppe. Bidraget blev en kulturel „spørgeguide“, der skal hjælpe klinikere med at afdække patienternes kultur (Lewis-Fernández 1996). Den teoretiske baggrund for dette bidrag er Kleinmans forklaringsmodel (Kirmayer et al. 1998).

Forklaringsmodeltanken bygger i en vis udstrækning på den kognitive antropologi. Inden for kognitiv antropologi mener man, at kultur i vid udstrækning ek-

sisterer som modeller eller skemaer hos det enkelte individ, hvilket er helt parallelt med ideen om forklaringsmodeller. Kritikken mod forklaringsmodellerne er ligeledes parallel med kritikken mod den kognitive antropologi og går, som nævnt ovenfor, ud på, at kultur og kulturelle fænomener som sygdomsopfattelser er kollektive fænomener og ikke skemaer i enkeltindviders bevidsthed, og at kropslige praksisser spiller en langt større rolle for kultur, end man antager i den kognitive antropologi (for den generelle kritik, se bl.a. Geertz 1973; Ortner 1984).

I mit feltarbejde på forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner oplevede jeg selv store vanskeligheder med at afdække kulturelle forklaringsmodeller hos patienterne. De fleste patienter havde meget diffuse og inkonsistente forestillinger om deres sygdomme. Mange mente ikke selv, at de var syge, andre igen havde stort set ordret overtaget personalets forestillinger, og mange var for sindssyge til at kunne fortælle om deres sygdom. Der var dog en anden gruppe mennesker i mit feltarbejde, hvor det var let at finde egentlige sygdomsmodeller, og det var blandt det psykiatriske personale. Her fandt jeg elaborerede og konsistente sygdomsmodeller, der var styrende for overvejelser og handlinger i den samarbejdende gruppe, som personalet udgjorde på de enkelte sengeafsnit. Baseret på ovenstående gennemgang vil jeg derfor foreslå, at forklaringsmodeller er mere oplagte at søge efter hos medicinsk personale end hos forskellige patienter og patientgrupper. Jeg vil derfor forlade forklaringsmodelbegrebet og de psykiatriske patienter og i stedet anvende begrebet sygdomsmodeller og undersøge disse hos personalet. I det næste afsnit vil jeg yderligere forfølge dette argument i forhold til psykiatrisk personale, da psykiatrien synes at udgøre et særligt relevant miljø at finde sygdomsmodeller i.

Psykiatriske personalegrupper som et oplagt sted at finde sygdomsmodeller

Psykiatrien er af flere grunde et oplagt sted at finde sygdomsmodeller hos personalet. Den psykiatriske sygdomslære og praksis er til en vis grænse åben for fortolkning og afhængig af forskellige teoretiske perspektiver (se bl.a. Barrett 1996; Rhodes 1995). Det betyder, at psykiatrien i sig selv ikke har fast afgrænsede sygdomme i en biomedicinsk forståelse, selv om man inden for psykiatrien ofte foregiver, at dette er tilfældet, f.eks. i de forskellige diagnosemanualer (se f.eks. Berthelsen & Munk-Jørgensen 1998). Opfattelsen af sygdommene forhandles til stadighed af det psykiatriske personale. Et kort eksempel vil illustrere dette. Med introduktionen af den 10. udgave af WHO's diagnostiske manual i Danmark i 1996 skiftede skizofreni status fra en kronisk sygdom, ofte med en dårlig prognose og med konnotationer om en stadig degenererende evne til at klare sig, til

en sygdom, som det var muligt at blive helbredt for. Med den nyeste udgave af manualen behøver psykotiske symptomer kun at være til stede i en måned, for at diagnosen skizofreni kan blive stillet, hvor man tidligere krævede tilstedeværelse af psykotiske symptomer i flere år. Denne ændring fandt sted for at bringe de diagnostiske kriterier i WHO's manual og den amerikanske manual tættere på hinanden. Den amerikanske definition af skizofreni har tidligere været mere inklusiv end WHO's. Med den nyeste udgave af WHO's manual blev det meget lettere at sammenligne, fordi de to definitioner af skizofreni kom til at ligne hinanden mere. Så officielt kan man i dagens Danmark blive diagnosticeret med skizofreni efter at have haft symptomer i en måned. I virkeligheden er det dog sjældent det, der sker. Psykiatere og psykiatrisk personale er stadig tilbageholdende med at stille en skizofrenidiagnose, hvis der ikke har været flere hospitalsindlæggelser og en meget længere historie om psykosesymptomer. Ofte vil man også foretrække, at patientens sociale liv er påvirket i karakteristisk retning, hvis en skizofrenidiagnose skal stilles. Med andre ord anvender psykiatrisk personale fortsat en mere traditionel opfattelse af skizofreni. Fordi de psykiatriske diagnoser stadig er afhængige af skøn hos det psykiatriske personale, er sygdommenes definition også åben for fortolkninger.

Men hvis de psykiatriske sygdomme er åbne for fortolkninger, hvorfor samler de sig så ofte igen i stabile sygdomsmodeller? Dette er der flere forklaringer på i den psykiatriske praksis. For det første findes der som et regelmæssigt, tilbagevendende fænomen på de fleste psykiatriske afdelinger det, der kaldes supervision. Supervision er en samling af personalet, hvor forskellige problemstillinger i forhold til patienterne diskuteres, og hvor personalet lærer at opfatte sygdom og behandling på én bestemt måde, nemlig afdelingens måde. Supervisionssessioner bliver ofte styret af ældre, erfarne personalemedlemmer eller personalemedlemmer med en særlig uddannelsesmæssig ekspertise, og disse personalemedlemmer har derfor autoritet til at fastslå, hvad der er den rigtige måde at anskue sygdomme på. I disse sessioner bliver individuelle og afvigende opfattelser ekskluderet.

Personalet laver også psykoedukation af deres patienter. Psykoedukation er undervisningssessioner, hvor personale underviser patienter i deres sygdom og den korrekte behandling af denne. Sat lidt på spidsen kan man sige, at personalet her underviser patienterne i at være patienter på den rigtige måde, nemlig den måde, som personalet bedst kan håndtere. I denne proces internaliserer personalet også bestemte måder at anskue patienter og sygdomme på.

For det tredje finder man blandt en del psykiatrisk personale en tendens til, at de flytter rundt mellem forskellige sengeafsnit og forskellige afdelinger, indtil de finder et sted, hvor de passer ind. Det betyder, at psykiatrisk personale, der har en anderledes sygdomsopfattelse eller opfattelse af behandling, normalt flyt-

ter afdeling frem for at ændre noget i den eksisterende kultur et givent sted. Alt dette betyder, at man blandt personalet kan finde sygdomsmodeller, der er forskellige fra de psykiatriske tekstbøger, og som på forskellige sengeafsnit udgør relativt stabile sygdomsmodeller.

Studier af skizofreni og psykiatri

Selv om deres argument ikke er struktureret omkring begrebet sygdomsmodel, har andre antropologer tidligere arbejdet med psykiatrisk personales opfattelser af psykisk sygdom og særligt af skizofreni. Den amerikanske antropolog Tanya Luhrmann skriver, at det netop er personalets tillærte opfattelse af psykisk sygdom, der er bestemmende for, hvordan man behandler sygdommene, og denne opfattelse er det muligt for antropologen at anskue som kultur og dermed afdække (Luhrmann 2000).

Den australske antropolog og psykiater Robert Barrett udgav i 1996 et omfattende studie af den sociale definition af skizofreni på et australsk hospital. Barrett viste bl.a., hvordan diagnosen bliver skabt gennem fortolkninger af forskellige situationer og gennem journalskrivningsprocessen snarere end som resultatet af en objektiv diagnosticeringsproces (se også Barrett 1988). Han viste også, hvordan forskellige teorier om skizofreni kan knyttes til forskellige faggrupper på hospitalet: psykiater, sygeplejerske og socialarbejder (Barrett 1996). Også den amerikanske antropolog Lorna Rhodes har arbejdet med sociale og kulturelle aspekter ved psykiatrien gennem omhyggelige studier af psykiatrisk praksis (Rhodes 1984, 1991, 1995). Hun har bl.a. vist, hvordan den psykiatriske sygdomsforståelse har opsamlet elementer fra forskellige konkurrerende teoretiske paradigmer: 1) „Indespærring“ af de psykisk syge, så de ikke forstyrrer samfundets normalitet. 2) „Blikket“, der indeholder både det traditionelle medicinske blik for fysiologiske, patologiske tilstande og det psykoanalytiske blik for fortrængning. 3) „Systemtilgang“, hvor fokus udvides fra patienten til hans omgivelser (Rhodes 1995:132-3).

Luhrmann har skrevet udførligt om det amerikanske psykiatriske system (Luhrmann 2000). Hun beskriver, hvordan der er to hovedretninger inden for amerikansk psykiatri: den psykodynamiske tilgang og den medicinsk-biologiske tilgang. Den psykodynamiske tilgang er primært knyttet til privatpraktiserende psykiatere, mens den medicinsk-biologiske tilgang er dominerende inden for hospitalspsykiatrien. Luhrmanns interesse er, hvordan kommende psykiatere lærer deres fag og lærer, hvordan de navigerer mellem disse meget forskellige tilgange. Hun interesserer sig også for, hvordan psykiatere lærer at konstruere deres patienters diagnose på baggrund af deres ofte komplekse livshisto-

rier, hvordan de lærer at uddrage de afgørende symptomer fra disse historier, og hvordan en psykiatrisk case skal præsenteres.

Fælles for disse tre forfattere er deres fokus på de psykiatriske diagnosers meningsfuldhed i den kliniske praksis. Denne position er i modsætning til en antologi, redigeret af den engelske psykolog Richard Bentall med bidrag fra en række engelske psykologer (Bentall 1990a). Formålet med denne bog er en dekonstruktion af skizofrenibegrebet, både dets historiske oprindelse (Boyle 1990), dets forskningsmæssige legitimitet (Marshall 1990) og dets nuværende position (Bentall 1990b).

Denne artikel følger de tre førstnævnte forfattere med et fokus på, hvordan skizofrenidiagnosen er meningsfuld for det psykiatriske personale, og på, hvordan diagnosen i praksis formes af forskellige sociale og kulturelle forhold. Der er således ikke tale om en dekonstruktion af skizofrenibegrebet, men snarere om et første forsøg på at skrive en dansk pendant til Barretts, Rhodes' og Luhrmanns studier. Det er samtidig et forsøg på en opdateret analyse, hvor særligt medicin og forestillingen om den biologiske ætiologi har tiltaget sig en mere magtfuld position i forståelsen af skizofreni, siden Barrett, Rhodes og Luhrmann skrev i 1980'erne og 1990'erne.

Psykiatriens opfattelse af skizofreni gennem tiden

Afsnittet ovenfor har illustreret, hvordan opfattelsen af skizofreni og psykisk sygdomme er påvirket af kulturelle og sociale forhold i den kliniske praksis. Opfattelsen af skizofreni inden for det psykiatriske system selv har også ændret sig gennem tiden, hvad dette afsnit vil dokumentere.

I psykiatrien i dag anvender man officielt en biopsykosocial sygdomsmodel, fordi psykiske sygdomme – og ikke mindst skizofreni – menes at påvirke alle tre aspekter af et menneske (Reisby & Gjerris 2000). Meget enkelt kan man sige, at man i dag mener, at skizofreni er en biologisk sygdom, hvor man arver en særlig sårbarhed, og hvor forskellige former for stress – i livmoderen, i forbindelse med fødslen, under opvæksten – kan udløse den skizofrene sygdom. Neurobiologisk forklares skizofreni som, at hjernen hos personen, der har psykotiske symptomer, får for mange informationsstimuli gennem dopaminsystemet, som den ikke kan behandle, hvilket leder til de psykotiske symptomer (Glenthøj 2000:353-4). Man har altså arvet en særlig sårbarhed over for, at hjernen reagerer på denne måde på stress. Dette er dog en meget forsimplet model, og man er inden for psykiatrien helt klar over, at man stadig ikke har fundet frem til de egentlige årsager til skizofreni. Ovenstående er en kort skitse af lærebogsopfattelsen af skizofreni, og de nævnte referencer er taget fra den mest anvendte psykiatriske lærebog

i Danmark (Hemmingsen et al. 2000). Denne beskrivelse er dog kun den sidste i en lang historisk række af forskellige sygdomsmodeller.

I dag er psykiatrien i den fase, der beskrives som „den anden biologiske psykiatri“ (Shorter 2001). Denne gennemgang af forskellige opfattelser af skizofreni vil tage sit udgangspunkt i „den første biologiske psykiatri“ og med den moderne psykiatris grundlægger Emil Kraepelin. Det var med Kraepelins omhyggelige beskrivelser af forløb hos psykisk syge mennesker, at skizofreni blev adskilt fra de maniidepressive psykoser. Mens de maniidepressive psykoser var kendetegnet af psykotiske episoder, hvor patienten imellem de enkelte psykoser vendte tilbage til den præmorbid (før sygdommens indtræden) psyke og funktionsniveau, så var skizofrenien kendetegnet af en stadig forværring, hvor patienten efter sygdommens indtræden aldrig kom tilbage til sin præmorbid tilstand. Kraepelin kaldte sygdommen for *dementia praecox* – tidlig demens – netop for at understrege, at sygdommen var irreversibel og progredierende (Barrett 1996). Kraepelin lokaliserede skizofreni/dementia praecox til en sygdom i hjernen, i modsætning til tidligere tiders opfattelse, hvor sindssygdhed blev opfattet som en moralsk brist. Det lykkedes ham dog aldrig at få lokaliseret, hvor i hjernen sygdommen havde sin oprindelse. Det er på grund af Kraepelins beskrivelse af skizofreni som en sygdom i hjernen, at denne periode i psykiatriens historie kaldes den første biologiske bølge. Den engelske psykolog Mary Boyle har i en artikel kritiseret Kraepelins arbejde og den position, som dette har inden for psykiatrien (Boyle 1990). Hun skriver, at Kraepelins beskrivelser ikke dokumenterer hans hypotese om, at der er tale om en enkelt sygdom i hjernen. Hendes centrale pointe er, at den sygdom, som Kraepelin beskrev, slet ikke var en psykisk sygdom, men hjernebetændelse (*encephalitis lethargica*). Denne kritik fra Boyle er dog ikke slået igennem i psykiatrien, og her har Kraepelin fortsat status som disciplinens grundlægger.

Den biologiske psykiatri blev et par årtier ind i 1900-tallet trængt i baggrunden som dominerende forståelsesramme til fordel for Freuds psykodynamiske teorier. Det er dog vigtigt at understrege, at den aldrig helt forlod psykiatrien. Freuds psykodynamiske teorier forstod skizofreni på en radikal anderledes måde end som en sygdom i hjernen. De produktive psykotiske anfald blev opfattet som, at et menneskes „jeg“ ikke var udviklet til et stærkt og integreret hele, som kunne undertrykke forskellige impulser fra det ubevidste/id'et. Det svage jeg blev set som et resultat i en fejludvikling hos det enkelte individ, hvor særligt de første seks måneder blev set som afgørende (Cullberg 1999:259, 273). De psykodynamiske teorier om skizofreni inddrog i høj grad også det enkelte individs sociale miljø i forklaringen på sygdommen, og særligt i den nære familie fandt man årsager til fejludvikling. Et andet punkt, der adskiller den psykodynamiske for-

ståelse af skizofreni fra tidligere og senere forståelser, er synspunktet, at psykosen er forståelig, og at den siger noget vigtigt om de indre psykologiske processer hos den psykotiske (Cullberg 1999:241-3; se også Barrett 1996).

Selv om den psykodynamiske tilgang til skizofreni fortsat havde en fremtrædende plads frem til 1970'erne, specielt i USA, begyndte den biologiske psykiatri at røre på sig igen allerede fra 1950'erne. I 1952 blev den antipsykotiske effekt ved præparatet klorpromazin² opdaget, og dermed havde man en medicinsk behandling af skizofreni. Med medicinen var psykiatriens anden biologiske bølge sat i gang. Når man kemisk kunne behandle psykosen, havde psykosen formentlig også kemiske og dermed biologiske rødder. Samtidig var skizofreniens arvelighed blevet stadig mere massivt dokumenteret, hvilket yderligere forstærkede forestillingen om, at skizofreni var en biologisk sygdom.³ Psykodynamikken forsvandt officielt fra den moderne psykiatri ved de seneste revisioner af WHO's og den amerikanske diagnosemanual i henholdsvis 1996 og 1994. Her fjernede man diagnoser, der var fremkommet på baggrund af psykodynamiske teorier (bl.a. neuroser og endogame depressioner⁴) og gik over til et system, hvor diagnoserne udelukkende blev stillet på baggrund af beskrivelser af patientens symptomer (Berthelsen & Munk-Jørgensen 1998). De psykologiske teorier forsvandt dog ikke helt fra teorierne om skizofreni, men blev inkorporeret i den biopsykosociale model, som i dag er den officielle sygdomsmodel for skizofreni.

Den biopsykosociale model i praksis

En ny patient er blevet indlagt på det psykiatriske sengeafsnit, og et par dage efter skal der være behandlingskonference. Patientens kontaktperson forbereder en præsentation af ham. Jeg spørger kontaktpersonen, hvad vedkommende vil fortælle om til konferencen, og hun siger: 'Jeg vil nævne hans diagnose, fortælle lidt om, hvordan han blev indlagt, hvilken behandling han har fået, mens han har været her, og hvordan jeg synes hans adfærd er her på afdelingen.' Jeg spørger til, om hun vil sige noget om patientens baggrund eller hans opvækst. 'Nej, det havde jeg ikke tænkt mig, det er ikke så vigtigt. Hvis der er nogle, der er interesserede i det, så kan de jo selv læse i journalen.'

Dette korte eksempel viser, hvilke oplysninger om en patient personalet på en psykiatrisk afdeling mener er vigtige. Der er et stærkt fokus på her og nu, på medicin (behandlingen) og personalets vurdering af patientens tilstand. Behandlingskonferencen på et afsnit er en af de primære informationskilder, som personalet har til at få noget at vide om patienterne, og som eksemplet viser, er det en ret snæver mængde oplysninger, som er tilgængelig i dette forum (se også Johansen 2006).

I den moderne psykiatri bliver sygdomme som nævnt officielt beskrevet som komplicerede biologiske, psykologiske og sociale fænomener. Som eksemplet ovenfor viser, er der langt fra en sådan kompliceret model til de beskrivelser, som personalet opererer med i praksis.⁵ I sit arbejde med skizofreni har Barrett beskrevet, hvordan introduktionen af den biopsykosociale model, på trods af sin umiddelbare lighed mellem de tre perspektiver, i virkeligheden repræsenterede det biologiske perspektivs kolonisering og underordning af psykologiske og sociale teorier om skizofreni. Den biopsykosociale model er i psykiatrien blevet koblet med en stress-sårbarheds-model, hvor sygdommes opståen forklares med en genetisk/biologisk sårbarhed for sygdommen, der kan udløses af forskellige former for stress. Og i denne model har biologien antaget den initierende eller originale kvalitet: Biologisk sårbarhed kommer før de psykologiske eller sociale stressfaktorer (Barrett 1996:244-7; se også Gelman 1999:208-9; Rose 2003).

Selv om den nuværende, biologisk dominerede sygdomsmodel teoretisk og potentielt er meget kompleks, bliver den ofte i praksis reduceret til, at der er en kemisk fejl i hjernen, der skaber symptomer og en problematisk adfærd, og at disse symptomer og adfærd kan dæmpes med den antipsykotiske medicin. Eksemplet ovenfor viser også at det psykiatriske personale tit ikke har et historisk perspektiv på patienternes sygdom. Rhodes' ord om en amerikansk psykiatrisk afdeling rammer praksis på de danske afdelinger meget fint: „Nogle af de centrale spørgsmål i en psykiatrisk „setting“ har ikke at gøre med diagnose, ætiologi [oprindelse] eller prognose, men med styringen af symptomer, der involverer socialt uacceptabel eller uproduktiv adfærd“ (1984:67, min oversættelse; se også van Dongen 2004).

At den biopsykosociale model i praksis synes at blive til en medicin-adfærds-model skyldes til dels, at den medicinske behandling har en meget dominerende position i behandlingen af skizofreni på moderne psykiatriske afdelinger. Den medicinske behandling med antipsykotisk medicin er den primære og i mange tilfælde også den dominerende behandling. Andre behandlingstiltag, f.eks. samtaleforløb, bliver opfattet som noget, der kommer efter den medicinske behandling - når - patienten er blevet apsykotisk og stabiliseret af den antipsykotiske medicin. Tit når man dog aldrig frem til disse sekundære behandlingstiltag – når patienten er blevet god nok til at indgå i samtaleforløb, er han eller hun som regel også god nok til at blive udskrevet fra afdelingen (Johansen 2006; Luhrmann 2000).

Hvis vi vender tilbage til nogle af de elementer, som en sygdomsmodel typisk indeholdt, og som blev skitseret i starten af artiklen, så var et af elementerne spørgsmålet om, hvordan en given sygdom opstod. Og det er i praksis en af de roller, som den biopsykosociale model har fået. Den giver en ukompliceret for-

klaring på, hvordan patienternes skizofreni er opstået. En forklaring, der qua sin stærke biologiske komponent er knyttet til de nyeste neuropsykiatriske forskningsresultater – dog på en tilpas vag måde, der gør, at personalet ikke behøver at tage stilling til de eksplicite resultater, men bare til den generelle ramme: at skizofreni har en biologisk oprindelse og derfor kan behandles medicinsk.

Den sociale organisering på afdelingen

En anden dimension i forklaringen på, hvorfor den biopsykosociale models kompleksitet er blevet reduceret til en relativ simpel medicin-adfærds-model, er, at der ikke er en klar fordeling af, hvem der i praksis har ansvaret for modellens forskellige elementer. Barrett knytter modellen til introduktionen af det tværfaglige hold, hvor forskellige professionelle grupper tager sig af de forskellige tilgange (1996). Dette er også den formelle tilgang i det danske system (Reisby 2000:45). I praksis sker der ofte det, at det psykologiske og sociale aspekt af behandlingen bliver overladt til psykologen og socialrådgiveren, som ikke er i en position til at løfte denne opgave, bl.a. på grund af deres mere begrænsede involvering på afsnittene, og fordi deres professionelle rolle ikke dækker disse tiltag. Socialrådgiveren på et dansk psykiatrisk afsnit er ikke primært ansvarlig for social- og familierapi, som Barrett fandt, at socialrådgiveren var det i Australien (1996). Vedkommendes opgave er snarere at sørge for, at patienten har penge, mens han eller hun er indlagt, og et sted at bo, når han eller hun bliver udskrevet.

Psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut og i nogle tilfælde også ergoterapeut er mere socialt marginale på afsnittene end plejepersonalet og psykiateren, og dermed bliver deres perspektiver også mere marginale. Afsnittenes primære personale er det psykiatriske plejepersonale. De er på afdelingen hele tiden, og de har ikke opgaver uden for afsnittet. I det perspektiv ligner de patienterne (Barrett 1996; Rhodes 1991). Det er dem, der kender patienternes daglige funktion, adfærd og symptomer bedst. Psykiaterne er afhængige af plejepersonalets information, når de skal vurdere behandlingens effekt. Psykiateren, psykologen, socialrådgiveren og ergoterapeuten har som regel deres kontorer uden for afsnittet, og de har møder og aktiviteter andre steder. Psykologen, socialrådgiveren og på nogle afsnit også psykiateren kommer kun på afsnittene, når de har en aftale, f.eks. samtaler, stuegang, konferencer. Det giver disse andre professioner en mere marginal plads, der betyder, at deres viden om patienterne bliver et supplement til plejepersonalets. I forhold til den biopsykosociale model betyder det, at det psykologiske og sociale ikke får samme plads i beskrivelsen af patienten.

Psykiateren indtager i denne sammenhæng en form for mellemposition. På den ene side er hans eller hendes funktion ikke snævert knyttet til sengeafsnittet,

og som det tværfaglige personale går psykiateren også til og fra afsnittet. På den anden side er psykiateren den ansvarlige for behandlingen, og plejepersonalet er afhængigt af en læges ordination, hvis der skal gives medicin eller ændres i den medicinske behandling. Det er ikke nødvendigt, at der er en socialrådgiver på afsnittet en dag, men der kommer altid en læge forbi.

Den centrale position, som plejepersonale og psykiater tilsammen har på de psykiatriske afdelinger, viser sig også, ved at det er dem, der tager behandlingsbeslutninger og foretager behandlingsevalueringer, ofte uden patientens deltagelse. Det er også en del af argumentet for, hvorfor personalets sygdomsmodel er interessant: Det er i vid udstrækning i forhold til den, at behandlingsbeslutninger bliver truffet.

Politiet havde bragt en ung kvinde i starten af 20'erne til afdelingen, fordi hun havde opført sig underligt på gaden. Hun var flere år tidligere blevet diagnosticeret med skizofreni og havde flere indlæggelser bag sig. Hun havde udtalte og voldsomme hørelsesshallucinationer og skreg ofte ad mennesker, der ikke var til stede. Hun var voldsomt tankeforstyrret og havde perioder med vrangforestillinger. I den psykiatriske skadestue havde hun fået Zyprexa [antipsykotisk medicin]. De sidste par gange hun havde været indlagt, havde hun også fået denne behandling. Det så ikke ud til at hjælpe ret meget, og hun blev hurtigt øget i dosis. Samtidig begyndte personalet at diskutere, om Zyprexa også var det rigtige præparat til hende. 'Hun er alt for syg til at være på Zyprexa' blev et almindelige udsagn, når der blev givet rapport ved vagtskifte, og alle hendes psykotiske symptomer blev beskrevet. 'Hun har virkelig brug for noget stærkt, der kan slå hendes psykose ned', var et andet af denne type udsagn. Den unge kvinde selv var så forstyrret på baggrund af psykosen, at det var umuligt at finde ud af, hvad hun mente om medicinen, og evalueringen af effekten blev foretaget på baggrund af observerbare symptomer og adfærd. Efter nogle ugers indlæggelse blev hun diskuteret på afsnittets behandlingskonference. Psykiateren tilsluttede sig personalets opfattelse af, at Zyprexa nok ikke var det rette valg til hende, og at hun havde brug for et andet præparat, men var dog modvillig til at ændre medicinen, før patienten havde fået Zyprexa i høje doser nogle uger endnu. Patienten blev dog skiftet til Cisordinol [et andet antipsykotisk præparat] efter nogle få dage, fordi personalet vurderede, at hun var meget forpint af sin psykose, men hjalp heller ikke ret meget. Efter yderligere nogle måneders indlæggelse fik hun et tredje præparat, Leponex, der måske hjalp hende lidt, og hun blev flyttet til en anden afdeling for langtidsindlæggelser.

Denne case viser, hvordan vigtige sociale forhandlinger om den medicinske behandling finder sted mellem psykiateren og plejepersonalet. Plejepersonalet vil observere effekter og bivirkninger ved behandlingen og vil fortælle om disse observationer, når der er konferencer, og når psykiateren spørger til patienten. Plejepersonalet og psykiateren vil også spørge patienten, hvordan hun har det, og om hun synes, at behandlingen hjælper hende, og de vil spørge til hendes

psykotiske symptomer for at finde ud af, om de ændrer sig. Hendes egen beskrivelse vil dog blive taget med et stort forbehold på grund af hendes psykotiske tilstand (se også van Dongen 2004). Hvis hun siger, hun har det godt, vil dette udsagn blive sammenlignet med observationerne af hendes symptomer, og disse forskellige observationer vil blive diskuteret blandt personalet for at finde ud af, hvordan behandlingen virker. En del patienter med skizofreni har det symptom, at de ikke selv synes, at de er syge („manglende sygdomsindsigt“). Det element er yderligere med til at forstærke personalets opfattelse af, at patienterne ikke er i stand til at vurdere deres egen sygdom.

Noget af det, som har interesseret antropologer ved forklaringsmodelbegrebet er, hvilke personer der er engageret i det specifikke behandlingsarbejde og i at beslutte, hvad den rigtige behandling er (se f.eks. Lewis-Fernández 1996). Den medicinske antropolog John Janzen formulerede tilbage i 1978 begrebet „therapy managing group“. På baggrund af et feltarbejde om sygdom og behandling i Zaire kunne Janzen vise, at det ikke var det enkelte individ, der besluttede, hvem der skulle konsulteres, og hvordan en eventuel sygdom skulle behandles. Tværtimod blev betydningsfulde andre engageret i individets sygdom og dannede en „therapy managing group“ rundt om den enkelte. Denne gruppe afspejlede ofte de vigtigste slægtskabsstrukturer hos den konkrete befolkningsgruppe. Den ovenstående case viser, hvordan personalet på psykiatriske afdelinger ofte udgør den centrale sociale gruppering, som behandlingsbeslutningerne foregår inden for. Der er ikke tale om en „therapy managing group“ i Janzens forstand, da denne gruppe ikke mobiliseres på baggrund af slægtskabsforhold, men der er dog tale om, at de centrale behandlingsevalueringer og beslutninger foretages i en social gruppe uden om og uden den enkelte patient.

Personalets sygdomsmodel for skizofreni

Som vist ovenfor spiller den biopsykosociale model i praksis en meget begrænset rolle for det psykiatriske personale. Det er dog muligt at identificere en række andre elementer i personalets sygdomsmodel, som i praksis udfylder det tomrum, som den formelle biopsykosociale model har givet plads til: I personalets model er skizofreni en kronisk sygdom, hvis forløb er kendetegnet af, at patienten vil have gode perioder med kun få psykotiske symptomer fulgt af dårlige perioder med mange psykotiske symptomer. Denne fluktueren i sygdommen er stort set uden for kontrol fra både patienten, personalet og medicinen. Det er noget, som sker – ofte som en reaktion på subjektive og uspecifikke stressfaktorer i patientens liv. Når patienten får det bedre, er det ofte spontant – personalet har i hvert fald svært ved at pege på det specifikke i behandlingen, som har hjulpet. Medicin har

en prominent position i denne model. Det er den primære og vigtigste behandling. Man forestiller sig dog ikke, at medicinen helbreder sygdommen, men at den begrænser symptomer og adfærd hos patienten. Det centrale mød med behandlingen er ikke at helbrede, men at stabilisere. Stabilisere betyder, at patienten tager sin medicin regelmæssigt, at vedkommende regelmæssigt er i kontakt med behandlingssystemet, at patientens socialrådgiver har kontrol over hans eller hendes penge, og at patienten har et sted at bo. Endelig er skizofreni en sygdom, som patienten ikke kender så godt som personalet – ofte har vedkommende ikke erkendt at være syg (manglende sygdomsindsigt).

Disse elementer i personalets sygdomsmodel kommer forskellige steder fra, men de fleste af dem har en stærk tilknytning til praksis og til personalets erfaring (se også Rhodes 1984). Opfattelsen af skizofreni som en kronisk sygdom er forankret i den opfattelse af skizofreni, som allerede Kraepelin formulerede, og trækker dermed på en over 100 år gammel opfattelse. Den hænger også sammen med personalets opfattelse af skizofreni som en alvorlig sindssygdom, som ikke skal stilles uden alvorlig grund. En anden del af forklaringen på, at kronicitet fylder meget hos personalet, er, at det er de kroniske patienter, som de ser igen og igen, og som personalet derfor kommer til at kende bedst, og som derfor kommer til at stå som en prototypisk repræsentant for den pågældende sygdom.

Josef har været i psykiatrisk behandling gennem de sidste 10 år, men er stadig meget plaget af en række voldsomme og ubehagelige hørelsesshallucinationer. Han har gennem årene prøvet en række forskellige antipsykotiske præparater, men ingen af dem har haft nogen synderlig effekt på hans symptomer. Han bliver indimellem indlagt, når stemmerne bliver for slemme, og han derfor ikke får sovet. Under disse indlæggelser får han det relativt hurtigt bedre. I en samtale med mig siger den behandlingsansvarlige psykiater: 'Josefs psykose har nok brændt sig fast. Det virker ikke, som om den bliver synderligt påvirket af den medicin, vi hælder i ham. I virkeligheden er hans behandling nok mere social – når han er alene hjemme i sin lejlighed, hører han mange stemmer. Når han er på afdelingen, og der er mennesker omkring ham, så får han det bedre. I virkeligheden burde han nok bo på et psykiatrisk plejehjem, hvor der kunne være nogen om ham hele tiden.'

At personalet opfatter skizofreni som en sygdom, som det er svært at gøre noget ved, hænger til dels sammen med dens status som kronisk, samt at behandlingen ofte bliver opfattet som symptombehandling snarere end som behandling af de grundlæggende årsager. Skizofreni er grundlæggende en sygdom, hvis biologiske dynamikker personalet ikke kender. Det er dog også et karakteristikum, som er tæt knyttet til personalets praktiske erfaringer. Nogle gange hjælper medicinen, og nogle gange gør den ikke – og hvad der gør udfaldet i den pågældende situation, kan man ikke sige med sikkerhed. Ofte bliver flere forskellige præparater prøvet på en patient for at finde frem til et præparat, der virker.

Til et morgenmøde fortæller et personalemedlem: 'Jeg havde en lang snak med Hans i går. Der virker virkelig, som om han har fået det bedre. Han er meget mere klar og sidder ikke og mumler med stemmerne hele tiden. Men hvorfor det vender lige nu, det ved jeg ikke, for han var virkelig dårlig i sidste uge.'

Stabilisering står centralt i forhold til personalets model af skizofreni. Det opfattes både som en behandling og som et behandlingsmål. Stabilitet handler om, at patienten har fundet den balance, hvor hans psykotiske symptomer er acceptable, uden at medicinens bivirkninger er for store. Det er en balance i hans liv, hvor han ikke udsætter sig selv for for meget stress, der kan udløse en psykose. Stabilitet handler om at have affundet sig med sygdommens karakteristika og inden for denne ramme kunne definere et liv, hvor ro og medicin har en prominent plads og bliver prioriteter i forhold til andre elementer i patientens liv. For mange patienter handler stabilitet også om en erkendelse af, at de har brug for hjælp – fra medicinen og i nogle tilfælde også fra et behandlings- og socialsystem, der holder dem fast i de stabiliserende rammer.

Peter har været indlagt i en periode og er efterfølgende knyttet til et intensivt, ambulansetilbud i flere år. Efter det første år har Peter opnået de fleste af sine behandlingsmål: Han har fået pension, sin egen lejlighed, en kæreste og er stort set ophørt med at tage stoffer. Jeg spørger hans kontaktperson, om han så skal overføres til et mindre intensivt behandlingstilbud, når det nu går så godt, og hun svarer: 'Jeg tror, det er vigtigt at beholde Peter her i kendte rammer i et længere stykke tid for at se, om han er inde i et stabilt forløb. Der er sket så mange – gode – ting for ham, og jeg er bange for, at hvis vi slutter ham af, så falder det hele på gulvet. Det er vigtigt, at det er nogen, der kender ham, som følger ham, og som kender ham så godt. Vi kan se de der små ting, der peger på, at der er ved at ske noget med ham.'

Endelige har den skizofrene sygdomsmodel det karakteristikum, at personalet kender sygdommen bedre end patienterne. For en del patienter er et symptom ved deres sygdom, at de ikke selv oplever at være syge, men snarere at de er de eneste, der har gennemskuet, hvordan verden rigtig hænger sammen (se eksempel i Larsen 2005). Det betyder, at personalet – i dets egen optik – er dem, der ved, hvad sygdommen går ud på. Det betyder også, at en del af personalets behandling går ud på at overbevise patienterne om, at de bliver nødt til at tro på personalets vurderinger af deres sygdom og ikke deres egen erfaring. En del af den stabilitet, som er et vigtigt element i sygdomsmodellen, handler om at fastholde patienterne i denne erkendelse af, at de ikke selv har god nok føling med deres sygdom og derfor har behov for systemets hjælp til at fastholde erkendelsen. De har brug for kontakt til behandlingssystemet for at få deres oplevelser „realitetskorrigeret“, dvs. at personalet kan fortælle dem, om det, de oplever, er virkeligt eller en vrangforestilling.

Karen, en sygeplejerske, har patienten Niels til samtale. Niels har skizofreni og er holdt op med at tage sin antipsykotiske medicin, efter at han blev udskrevet sidste gang, fordi han ikke selv synes, at han er syg. Han er derfor blevet indlagt igen på grund af medicinsvigt. Karen fortæller Niels, at hun har mødt mange patienter, der har hørt stemmer, ligesom han gør. Hun fortæller ham, at det ikke er normalt, og at de fleste andre mennesker ikke hører stemmer. Hun fortæller ham også, at hun kender flere, som har hørt stemmer, og som er sluppet for dem ved at tage medicin. Niels er skeptisk, men han synes, at Karen er en dygtig sygeplejerske, og når hun nu siger, at det skal han, så vil han overveje det, fortæller han hende til samtalen.

Det er selvfølgelig vigtigt at understrege, at der, som med alle kulturelle modeller, findes variationer i denne model, dels inden for de enkelte afsnit, dels afsnittene imellem. Men i generelle linjer tegner ovenstående et billede af skizofreni, som vil være genkendeligt for de fleste praktikere i den del af psykiatrien, som arbejder med skizofrene patienter.

Konklusion

I mine forskellige forskningsprojekter inden for det psykiatriske behandlingssystem har jeg beskæftiget mig med forskellige grupper, som psykiatrien har svært ved at give en ordentlig behandling – dels psykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk og dels psykiatriske patienter med et stofmisbrug. Selv om årsagerne er meget forskellige, er der for begge grupper tale om, at de besidder nogle karakteristika, der udfordrer det etablerede psykiatriske behandlingstilbud. Fokus på marginale eller afvigende grupper efterlader dog ofte et spørgsmål om, hvad det er for en normalitet, som de afviger fra og dermed udfordrer. Laura Nader påpegede tilbage i 1972, at antropologer generelt er bedst til at studere nedad, til at studere de marginaliserede og lade de magtfulde være i fred. Denne artikel beskæftiger sig med psykiatriens normalitet. Den er en analyse af de magtfulde i psykiatrien – personalets – kulturelle modeller og et forsøg på at dreje fokus væk fra de marginale og hen imod kernen af de kulturelle praksisser, som jeg har observeret på de forskellige afdelinger.

Det analytiske begreb, som denne artikel har taget udgangspunkt i, er sygdomsmodel. På trods af den kritik, som begrebet er blevet udsat for, har jeg i denne artikel argumenteret for, at begrebet med fordel kan applikeres på psykiatrisk personale. Som et led i denne argumentation har jeg påpeget en række forhold ved psykiatrien, der gør det meningsfuldt at anskue deres sygdomsopfattelse som relativt konsistente sygdomsmodeller. Disse forhold er dels, at psykiatriske sygdomme til en vis grad er åbne for fortolkning, og dels at personalet har

forskellige definerende praksisser – supervision og psykoedukation – i forhold til deres sygdomsopfattelse. Disse forhold gør psykiatrien til et særligt oplagt sted at lede efter sygdomsmodeller blandt personalet. Antagelsen om, at opfattelser af sygdomme kan forstås og afdækkes som egentlige modeller, er blevet kritiseret for at være for statisk og give et fejlagtigt billede af menneskers sygdomsopfattelse. Jeg har med denne artikel ønsket at bringe begrebet på banen igen og påpege dets anvendelighed i forhold til at studere personalegrupper opfattelse af de sygdomme, som de arbejder med.

Den sygdomsmodel for skizofreni, som jeg her har beskrevet, viser en model, hvor der – inden for rammerne af den officielle biopsykosociale model – tegner sig en opfattelse af skizofreni som en biologisk sygdom, hvor medicin spiller en central rolle, og hvor opfattelser af kronicitet og stabilitet står centralt. Et andet vigtigt element i sygdomsopfattelsen er, at patienterne har en dårlig sygdomsindsigt, og det betyder, at personalet former sig som den primære behandlingsansvarlige gruppe rundt om patienten, men uden at patienten selv har en vigtig rolle. Analysen viser dermed, at der er en betydelig afstand fra den officielle biopsykosociale model til den model, som udgør den egentlige sygdomsmodel blandt personalet, og illustrerer dermed, at antropologiske undersøgelser af personalets sygdomsmodeller er yderst relevante bidrag til at forstå klinisk praksis.

Noter

1. En diagnosemanual er et skrift, hvor en række sygdomme er oplistet og kan identificeres ved hjælp af tilstedeværelsen af en række karakteristiske symptomer. Inden for psykiatrien findes der to diagnosemanualer. En udgivet af den amerikanske psykiaterorganisation APA, der hedder Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, kaldet DSM, og WHO's manual, der bruges i Danmark, og som hedder International Classification of Disease, kaldet ICD.
2. Klorpromazin er den første antipsykotiske medicin, der blev udviklet.
3. Den videnskabelige validitet af disse arvelighedsstudier er dog blevet problematiseret af Marshall (1990).
4. Både neuroser og endogame depressioner er sygdomme, som er meget tæt knyttet til Freuds teorier om psyken. Neuroser forekommer (meget enkelt beskrevet), fordi en patients overjeg er for stærkt og dermed undertrykker livskraften hos patienten. Endogame depressioner er depressioner, hvor man ikke kan pege på nogle eksplicitte ydre forhold (f.eks. et dødsfald), hvorfor depressionen menes at måtte stamme fra indre psykiske processer.
5. Dette er ikke for at sige, at praksis ikke kan være kompliceret, men for at påpege, at den sygdomsmodel, som personalet i praksis anvender, ikke er så teoretisk kompliceret som de officielle teorier.

Litteratur

- Alarcón, Renato D., Margarita Alegria, Carl C. Bell et al.
2005 Beyond the Funhouse Mirrors. Research Agenda on Culture and Psychiatric Diagnosis. I: D.J. Kupfer, M.B. First & D.A. Regier (eds.): A Research Agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Press.
- Barrett, Robert
1988 Clinical Writing and the Documentary Construction of Schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(3):265-99.
1996 The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bentall, Richard
1990a Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
1990b The Syndromes and Symptoms of Psychosis. Or Why you Can't Play "Twenty Questions" with the Concept of Schizophrenia and Hope to Win. I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Berthelsen, Axel & Poul Munk-Jørgensen
1998 De psykiatriske diagnoser. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Boyle, Mary
1990 The Non-Discovery of Schizophrenia? Kraepelin and Bleuler Reconsidered. I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Cullberg, Johan
1999 Dynamisk psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag.
- van Dongen, Els
2004 Worlds of Psychotic People: Wanderers, "Bricoleurs", and Strategists. London: Routledge.
- Gannik, Dorte Effersøe
2005 Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Geertz, Clifford
1973 The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.
- Gelman, Sheldon
1999 Medicating Schizophrenia. A History. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Glenthøj, Birthe
2000 Biologisk behandling af skizofreni og paranoide psykoser. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.
- Good, Byron
1977 The Heart is What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1):25-58.
- Hemmingsen, Ralf, Josef Parnas, Anette Gjerris, Per Kragh-Sørensen & Niels Reisby
2000 *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.
- Janzen, John
1978 The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley: University of California Press.

- Johansen, Katrine Schepeleern
 2006 Kultur og psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler. Ph.d.-rækken nr. 37. København: Institut for Antropologi.
- 2007 Kategorisering i psykiatrien: Patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I: K.F. Olwig & K. Pærregaard (red.): Integration: Antropologiske perspektiver. København: Museum Tusulanums Forlag.
- 2008 Hvad får sociale institutioner ud af forskning og vice versa? Et forskningsprojekt på et ambulatorium for psykisk syge stofbrugere. I: K.S Johansen, K.B. Ludvigsen & H.S. Nielsen (red.): Hverdagspraksis i socialt arbejde. Antropologiske perspektiver. København: Akademisk Forlag.
- Kirmayer, Lawrence J., Thi Hong Trang Dao & André Smith
 1998 Somatization and Psychologization: Understanding Cultural Idioms of Distress. S.O. Okpaku (ed.): Clinical Methods in Transcultural Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press.
- Kleinman, Arthur
 1977 Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry" Social Science and Medicine 11(1):3-12.
- Kleinman, Arthur, L. Eisenberg & Byron Good
 1978 Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of Internal Medicine 88(2):251-8.
- Kleinman, Arthur & Joan Kleinman
 1985 Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experience and the Meaning of Pain. I: A. Kleinman & B. Good (eds.): Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press.
- Larsen, John Aggergaard
 2005 Becoming Mentally Ill: Existential Crisis and the Social Negotiation of Identity. I: V. Steffen, R. Jenkins & H. Jessen (eds.): Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control. København: Museum Tusulanum Press.
- Lewis-Fernández, Roberto
 1996 Cultural Formulation of Psychiatric Diagnosis: Introduction. Culture, Medicine, and Psychiatry 20(2):131-44.
- Luhrmann, Tanya M.
 2000 Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf.
- Marshall, Richard
 1990 The Genetics of Schizophrenia: Axiom or Hypothesis? I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Mogensen, Hanne Overgaard
 2005 Finding a Path through the Health Unit: Practical Experience of Ugandan Patients. Medical Anthropology 24(3):209-36.
- Nader, Laura
 1972 Up the Anthropologist. Perspectives Gained from Studying Up. I: D.H. Hymes (ed.): Reinventing Anthropology. New York: Random House.

- Obeyesekere, Grananath
1985 Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. I: A. Kleinman & B. Good (eds.): Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press.
- Ortner, Sherry B.
1984 Theory in Anthropology since the Sixties. Comparative Studies in Society and History 26(1):126-66.
- Reisby, Niels
2000 Sygdomsforekomster og organisatoriske forhold. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): Klinisk psykiatri. København: Munksgaard Danmark.
- Reisby, Niels & Anette Gjerris
2000 Behandlingsprincipper, forskning og etik. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): Klinisk psykiatri. København: Munksgaard Danmark.
- Rhodes, Lorna
1984 "This Will Clear your Mind": The Use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings. Culture, Medicine, and Psychiatry 8(1):49-70.
1991 Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit. Berkeley: University of California Press.
1995 The Shape of Action. Practice in Public Psychiatry. I: S. Lindenbaum & M. Lock (eds.): Knowledge, Power, and Practice. Berkeley: University of California Press.
- Rose, Nikolas
2003 Neurochemical Selves. Society 41(1):46-59.
- Shorter, Edward
2001 Psykiatriens historie – fra asyl til Prozac. København: Munksgaard Danmark.
- Steffen, Vibeke
2007 Sundhedens veje. København: Hans Reitzels Forlag.
- Taussig, Michael
1992 Reification and the Consciousness of the Patient: The Nervous System. New York: Routledge.
- Young, Allan
1981 When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists. Culture, Medicine, and Psychiatry 5(4):317-35.
1982 Rational Men and the Explanatory Model Approach. Culture, Medicine and Psychiatry 6(1):57-71.