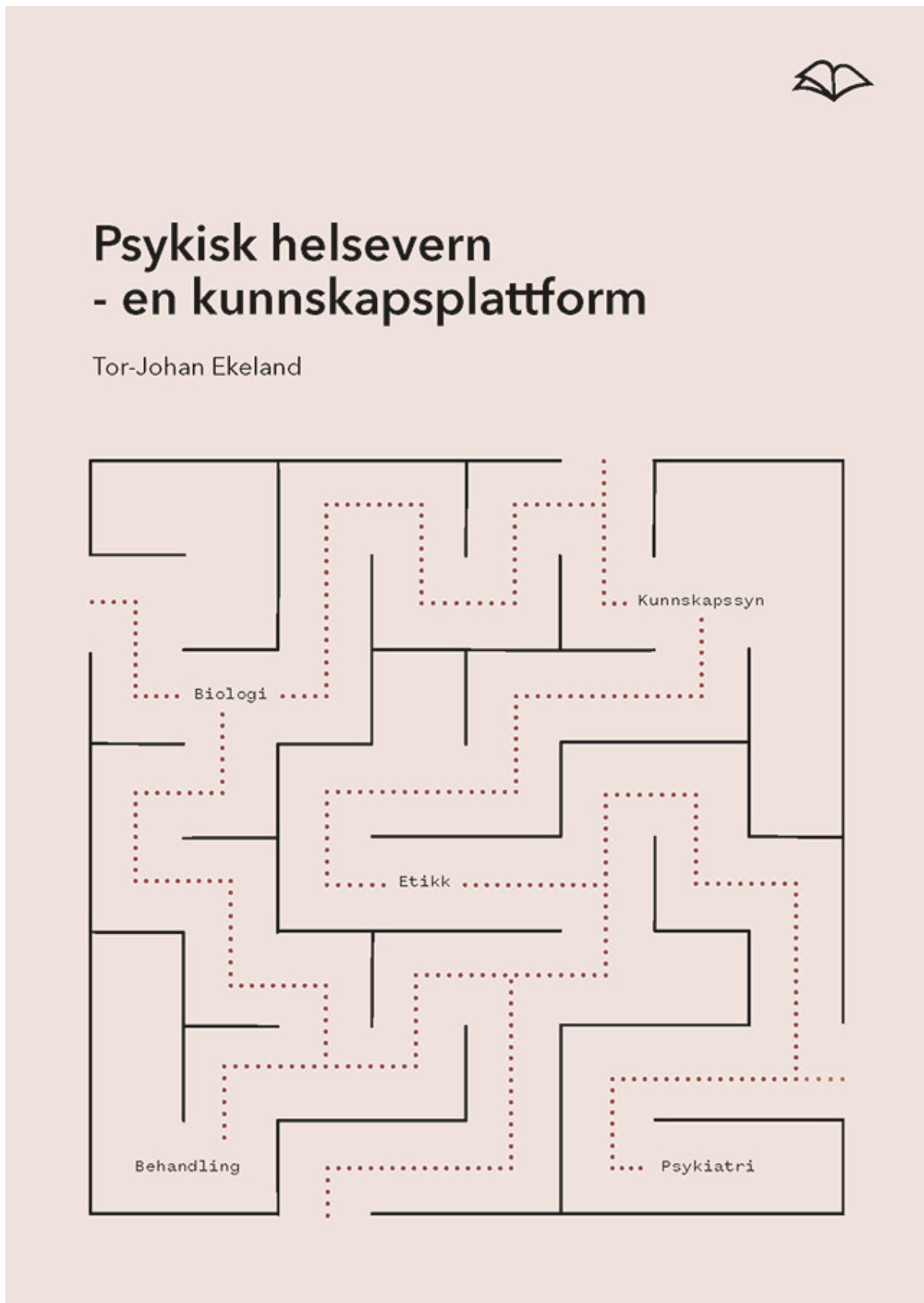


Metapsykologi med mangler

Gunvald Hermundstad

Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men det er noe som mangler i analysene



BOK Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform **FORFATTER** Tor-Johan Ekeland **ÅR** 2021 **FORLAG** Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse **SIDER** 88

I psykisk helsevern er psykiatri en hegemonisk forståelsesform hvis syndromdiagnostikk og farmakoterapi dominerer praksis. I sin nye bok *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform* argumenterer psykolog Tor-Johan Ekeland for at objektontologi utgjør det epistemologiske for psykiatrisk teori og praksis. Ontologi betyr filosofisk hva virkeligheten er, og epistemologi hvordan vi oppnår kunnskap på forskjellige områder. Ekeland ønsker å bidra til en snuoperasjon på dette feltet, og erstatte «objektivistepistemologiens begrepsarkitektur» (s. 29) med et subjektontologisk kunnskapssyn. Fordi begrepene vi anvender, former oppfattelsen av inntrykk, har valget av synspunkt avgjørende betydning for hvordan vi møter pasienter i det psykiske helsevernet. «En kan ikke behandle psykiske lidelser – en kan bare behandle et psykisk lidende menneske», slår Ekeland fast (s. 13).

Ekeland fremmer i sin meget reflekterte og godt gjennomarbeidete bok subjektontologi som et alternativ til objektontologien. Ekeland beskriver pasientens fortelling om sin livshistorie som en gyldig kilde til kunnskap, men problemer oppstår fordi pasienten har «svakkede forutsetninger for selv å artikulere sin subjektstatus» (s. 21). Gjennom forfatterens språkbruk ser vi at boken er beregnet på studenter og fagfolk, som professoren gjennom en årrekke har undervist i psykologi. Boken henvender seg ikke primært til pasienter, hvis innerste følelser og tanker er vanskelig å sette ord på, både for den enkelte klient og behandlere.

Psykiatrien, i motsetning til mange andre medisinske spesialiteter, mangler biologiske markører på sykdommenes symptomatologi, etiologi, patogenese og prognose, påpeker Ekeland. Psykiaterne har alltid forsøkt å finne en hjerneorganisk forklaring på sinnslidelsene, men klarer ikke konkludere med hva som er årsak eller virkning. Man må i klinisk psykiatri i anamnesen som oftest anvende komparentopplysninger, adferdsobservasjon og lytte til pasientens egen fortelling før man kan sette en diagnose. Forholdet kompliseres ytterligere av at tilsynelatende samme årsak kan gi forskjellig symptomatologi (multifinalitet), og ulike typer bakgrunner gir samme plager (ekvifinalitet). De funksjonelle psykiske lidelser har mange årsaker, hvor vi må ta med i vurderingen både slektenes genetiske belastninger, sosioøkonomiske betingelser, personlighetstrekk, tidlige relasjonsskader, mobbing, traumer, tap og ressursfattigdom. Psykiske symptomer er, som Freud sa det, overdeterminert (*Überbestimmt*).

Helt siden etableringen av psykiatri som egen spesialitet og behandlingstinstitusjon på begynnelsen av 1800-tallet har man hatt en løpende diskusjon innad i faget mellom en materialistisk og en mentalistisk retning, mellom naturvitenskap og humanvitenskap, hvor det førstnevnte neurobiologiske paradigmat har vært dominerende. Den tyske psykiatriprofessoren Wilhelm Griesinger (1861, s. 10–11) fremviste et slikt syn med sitt berømte/beryktede utsagn i sin lærebok:

Fordi galskap er en sykdom, nemlig en hjernesykdom, kan det ikke finnes noen annen riktig tilnæringsmåte enn den medisinske. Nervesystemets anatomi, fysiologi og patologi, og hele dets spesielle patologi og terapi, danner for sinnssykelegen [Irrenartz] den mest nødvendige forkunnskapen. Alle ikke-medisinske, især alle poetiske og moralske oppfatninger av galskap, har svært liten verdi for denne gren av forskningen (min oversettelse).

Egentlig innfrir ikke den neurobiologiske psykiatri sine egne naturvitenskapelige kriterier

En kort gjennomgang av psykiatriens historie hører med til resonnementet hos Ekeland. Psykiatri oppstod på slutten av 1700-tallet som en motsetning til religiøs dogmatikk om djevelbesettelse og tilhørende hekseforfølgelse. De gale skulle skjermes fra forfølgelse og isoleres på egne asyl (fr. *asile* = fristed). Opplysningstidens tro på fornuft og vitenskap kommer til uttrykk i Descartes' todeling av virkeligheten i *res extensa* (den utstrakte materie) og *res cogitans* (sjelens verden). I stedet for overtro begynte legene å klassifisere sinnslidelser som en fysisk sykdom på linje med andre sykdomsgrupper og fokuserte på å gi pasientene medisinsk behandling i form av farmakoterapi, elektrisk stimulering og kirurgi (som hysterektomi, tanntrekking, lobotomi). Gjennom erfaring og oppsamling av empirisk kunnskap skulle man avsløre sannheten om den egentlige årsaken bak sykdommene og få orden på galskapen. De sinnssyke skulle studeres som naturfenomen ved hjelp av vitenskapelige metoder som histologiske vevsundersøkelser, røntgen av hjernen og psykologiske eksperimenter. Til tross for de gode intensjonene uteble behandlingsresultatene. Psykisk lidende ble enda mer fremmedgjort og ekskludert fra fellesskapet, en vi kunne kjenne oss igjen i og respektere, om enn som noe annerledes enn det normale på visse områder.

Som et alternativ til psykiatriens objektontologi setter Ekeland fenomenologien, der psykiske symptomer er meningsfulle og mulig å tolke og forstå psykologisk. Vi sanser gjennom kvalitative kategorier, og det er den opplevde virkelighet vi burde interessere oss for som klinikere:

Vitenskapens objektive beskrivelse av for eksempel vann som en forbindelse mellom atomer (H₂O-molekylet) er i denne verden uvesentlig i forhold til subjektets opplevelse av vann som vått, rent og klart, vann brusende i en foss, som bølger på havet eller stille og mørkt i skogstjernet – eller livgivende for bondens avling eller den som tørster. Hva er vannets sannhet?
(s. 28)

Egentlig innfrir ikke den neurobiologiske psykiatri sine egne naturvitenskapelige kriterier, for den lar seg ikke positivt verifisere eller falsifisere gjennom etterprøving. Vi trenger subjektontologi for å forstå kjernen i vårt vesen. Avhengighet, sårbarhet, relasjoners skjørhet, eksistensiell ensomhet og dødelighet er våre grunnvilkår og bør stå i sentrum for psykiatrisk praksis, mener Ekeland. Dette har han, etter min oppfatning, helt rett i.

Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men han kommer ikke med noen direkte forslag til løsning på psykiatriens primærøppgave

Det som er bokens styrke, er dens gjennomførte metapsykologiske perspektiv. Etter min mening er det også dens begrensning. Ekeland gir en filosofisk retning for psykisk helsevern, men han kommer ikke med noen direkte forslag til løsning på psykiatriens primærøppgave: behandlingen av nevroses, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Dette er han selv fullstendig klar over: «... det er ikke en alternativ teori eller terapeutisk modell som skal skisseres her, men et fundament som kan bære slike ...» (s. 44). Forfatteren begrenser seg til noen allmenne betraktninger om psykoterapiens plass i det psykiske helsevernet.

Jeg synes Ekeland tar for lett på det når han nærmest avfeier Freuds bidrag: «... klassisk psykoanalyse lener seg mot kausal tenkning ...» (s. 39). Dette syn må bero på en ultraortodoks lesning av Freuds skrifter. Som blant andre Lacan (1966) har påpekt, finnes det en helt annen «semiotisk» side i Freuds modeller, hvor språket spiller en vesentlig rolle som byggeklosser i sinnet. Psyken består av nedskrivning (*Niederschrift*) av forestillinger (*Vorstellungen*) til en annen scene (*ein andre Schauplatz*).

Det er disse ubevisste dypprogrammer som påvirker vår tenkning og våre følelser på en avgjørende måte, på godt og vondt. I Freuds (1915) terminologi er psykiske symptomer resultat av traumer som blir fortrent (*Verdrängt*) til det ubevisste system, hvor den såkalte primærprosessen styrer. Psykiske symptomer kan forstås som fortetning (*Verdichtung*) eller forskyvning (*Verschiebung*) for tidlige psykiske konflikter. Behandlingsmetoden tar utgangspunkt i pasientens egne frie assosiasjoner og overføringer. Det er gjennom motstandsanalyse og dekonstruksjon av fornektelse (*Verleugnung*), forkastelse (*Verwerfung*) og andre forsvarsmekanismer vonde minner kan erindres, livsløgnene kan oppløses, og pasienten kan med tilbakevirkende kraft (*Nachträglich*) rekonstruere et livsnarrativ det går an å leve med, selv om det er ganske uhyggelig (*Unheimlich*).

Etter min oppfatning reiser det seg et stort, ubesvart spørsmål i Ekelands tekst: Hva er et subjekt? I Freuds (1923) strukturelle modell er subjektet delt i tre instanser: detet, jeget og overjeget. Alle deler kan, ifølge Lacan (1966), oversettes til språklige figurer og derved forankres i direkte utsagn hos språkbrukere. Bevissthetstypologien blir knyttet til betydningsproduksjon. I semiologisk terminologi anvendes begrepene «det morfologiske subjekt» for jeget, «det symptomale subjekt» for detet og «den Andre» for overjeget (Brandt, 1973). Jeg pleier å omtale det ubevisste som en syntaktisk maskin regulert av begjærets algoritmer, hvor jeg med termen «begjær» inkluderer vårt livslange ønske om (gjensidig) anerkjennelse. Freuds begrep «fortetning» hevder Lacan er lik lingvistikkenes *metafor* og forskyvning lik *metonymi*. Psykisk «sykdom» er en metafor for at noe er galt lenger nede i det ubevisste systemet. Det er det affektive budskapet som er så vanskelig å sette ord på, og som krever en empatisk lytting for å dechiffreres.

Et annet hovedpoeng både hos Freud og Lacan er at vi selv ikke bare kan analysere det ubevisste på egen hånd, men trenger en annen for å representere den Andre i utsigelsen. Vi kan ikke bare sitte alene på en øy og meditere oss frem til dypere innsikt i oss selv. Gjennom å få tilbakemelding fra for eksempel en psykoterapeut kan pasienten nå innsikt i sin relasjonshistorie og derved velge om han eller hun vil endre seg eller forbli preget av gjentakelsestvang (*Wiederholungszwang*). Det er i samtale med et tolerant og forståelsesfullt medmenneske vi kan forsone såkalt konfliktpatologi og forankre oss i virkeligheten, dvs. en konstruert virkelighet som består av en reell, en imaginær og en symbolsk orden. Psykisk helsevern burde legge mye mer til rette for trygge og rolige møtesteder for dypere samtaler, enten det skjer individuelt, familierapi eller i gruppe.

I psykodynamisk terapi inntar vi en fordomsfri frittsevende oppmerksomhet (*gleichswebene Aufmerksamkeit*) for å lytte til den ubevisste betydning i pasientens frie assosiasjoner. Spesielt er vi opptatt av ubevisste forventninger til oss terapeuter som allvitende eksperter som antas å vite sannheten (*le sujet supposé-savoir*). Tvert imot forhåpningene om å ha funnet en mester i form av en rasjonalistisk bedreviter inntar vi en ikke-vitende posisjon (*position du non-savoir*) og åpner derved opp for blant annet projektiv identifikasjon. Vi er avventende, kanskje tause, rommer, kjenner etter og grunner før vi kommer med en hypotetisk tolkning, som i beste fall inneholder en kobling mellom den tidlige, ofte erotiske, konflikten, analyse av forsvaret og nåværende, repeterende symptomer. Det overordnede målet med behandlingen er å mildne et strengt overjeg, øke lysten til *lieben und arbeiten* og å bidra til at pasienten kjenner seg myndig og ansvarlig for sine fremtidige livsvalg.

Psykoanalysen, som er i tråd med, men overskrider fenomenologien, setter tilknytningsforstyrrelser i sentrum for etiologien. For meg har for eksempel begreper som André Greens (1980) «den døde mor-komplekset» (*le complexe de la mère morte*) og Lacans (1966) «preklusjon av faderens-navn» (*foreclution de Nom-du-Père*) blitt hypoteser for patogenesen bak såkalt mangelpatologi. Den meningssøkende og intersubjektive modell som Ekeland etterlyser, finnes allerede etablert på det kliniske felt i form av psykoanalytisk orienterte terapiformer, hvor både

pasienten og terapeuten blir betraktet som subjekter i konstruktiv samtale, som inkluderer analyse av ubevisst kommunikasjon i form av overføring/motoverføring.

Vi lesere av Ekelands kloke og velskrevne essay må akseptere at det i tekster – som ellers i tilværelsen – alltid er noe som mangler, i dette tilfellet en teori om subjektet, som kan danne grunnlaget for praksis på psykiatriske avdelinger og distriktpsikiatriske sentre. For å avslutte med forfatterens yndlingspoet, Olav Håkonson Hauge (2014, s. 12):

Eit ord
– ein stein
i ei kald elv.
Ein stein til –
Eg lyt ha fleire steinar
skal eg koma yver.

Referanser

- Brandt, P. A. (1973). Tegn, setning, subjekt. *Norsk filosofisk tidsskrift*, nr. 1.
- Freud, S. (1915). Die Verdrängung. *Gesammelte Werke*, bd. X. Fischer.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke*, bd. XIII. Fischer.
- Green, A. (1980). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Ed. de Minuit.
- Griesinger, W. (1861). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 2. utg. Adolf Krabbe.
- Hauge, O. H. (2014). *Vakraste dikt*. Samlaget
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Ed. du Seuil.