

Sinnets kropp - kroppens sinn

Når vi refererer til psykiske tilstander i motsetning til somatiske, befinner vi oss midt i sinn-kropp-problematikken som har ridd vestlig filosofi i årevis.

TEKST

Siri Hustvedt

OVERSATT AV

Bodil Engen

PUBLISERT 3. april 2017

EMNER

Nevrologi

kognitiv atferdsterapi

Schizofreni

La oss begynne med en fiktiv person. Alice er tretti år gammel og en ivrig rytter. Hun bruker alltid hjelm som beskyttelse når hun rir, men en dag blir hun kastet av hesten, slår seg i hodet i fallet og mister bevisstheten. Da hun våkner etter mindre enn et minutt, opplever hun seg selv som underlig uvirkelig, som om hun ikke lenger er inne i seg selv, men liksom er forflyttet ut av sin egen kropp. Hun blir fraktet til legevakten i all hast, gjennomgår en CT-skanning, som gir normale funn, og etter et par timer blir hun sendt hjem. Dagen etter er hun kvalm og svimmel og har hodepine. Hun oppdager at hun ikke kan lese, ikke engang se på TV. Til sin forferdelse må hun stadig lete etter ord, som om hun plutselig er blitt sin bestemor, som stadig klager over nettopp slike vanskeligheter. I løpet av noen uker går symptomene tilbake, men hun plages fortsatt av hodepine, sporadisk tap av ord, gråteanfallet og nedstemthet. Disse symptomene vedvarer i måneder, men avtar litt etter litt, og omsider tilfriskner Alice helt av hjernerystelsen.

Til tross for at CT-skanningen ikke påviste noen synlige lesjoner eller blødninger i Alices hjerne, betegner alle legene som undersøker henne, problemet som *organisk* og *fysisk*, og hovedlegen som behandler tilfellet hennes, er nevrolog. Alices hodeskade er for diffus og spredt til å oppdages ved en skanning. Hun kan også ha pådratt seg rifter i aksoner og endringer i synapser og denteriter som overlevde støtet. Siden symptomene hennes vedvarer i måneder og ikke bare dager, gjennomgår hun et batteri av prøver ved en nevropsykolog som skal identifisere hennes kognitive svekkelser og måle alvorlighetsgraden. Men så snart Alice føler seg frisk, sier hun farvel til både nevrologen og nevropsykologen. Og så, ikke lenge etter at hun er blitt frisk, utvikler Alice en sykkelig frykt for å forlate hjemmet sitt. Hun oppdager at hun har det mye bedre inne enn ute.

Når hun går mot ytterdøren for å gi seg i kast med dagens vanlige gjøremål, føler hun intens angst. Alice lider nå av agorafobi, og lidelsen betegnes som *psykologisk* eller *mental*. Sagt med hverdagsspråk er det nå *sinnnet*, ikke *hjernen* hennes som er syk, og når hun søker hjelp, vil hjelpen komme fra en psykolog eller psykiater.

«Forvirringen omkring sinn og kropp flourer i nevrologien, psykiatrien og psykologien»

Både hendelsen med hesten og fobien involverer Alices hjerne, og både en hjernerystelse og en fobi involverer endringer i hjernen. Enhver psykologisk tilstand, enten det er glede, konsentrasjon, tristhet, erindring eller glemsel, er også en hjernetilstand. Psykisk sykdom berører hjernen, så hva mener vi når vi bruker ordet *fysiologisk* om hjernerystelsen og *psykologisk* om fobien? Hva er *hjerne*, og hva er *sinn*? Er en hjerne det samme som et sinn, eller er det noe annet? Hvis sinn og hjerne er det samme, hvorfor har vi nevrologer og psykiatere? Når en nevrolog bruker ordet *organisk*, mener hun vanligvis at hun har fastslått at det foreligger synlig skade på en hjerne eller identifiserbar degenerering av nervesystemet. Alices voldsomme uhell og symptomene som følger, gjør henne overbevist om at dette er et tilfelle av hjernerystelse.

I nevrologien anvendes ordene *funksjonell* og *psykogen* om pasienter som kan synes å ha et organisk problem – anfall, for eksempel – uten at man kan peke på noen åpenbar årsak. Disse menneskene sies å ha psykogene eller «psevdo»-anfall og blir sendt til en psykiater. Psevdo eller ei, det er nå klart at det finnes endringer i hjernen til mennesker med psykogene anfall som er annerledes enn hos mennesker som bare later som om de har slike; med andre ord, det skjer noe i hjernen deres som er forskjellig fra å simulere et symptom.¹ Disse funnene har gitt nevroforskerne anledning til på nytt å ta for seg problemet hysteri. På den annen side omtales schizofreni for tiden ofte som en «hjernesykdom», til tross for at det ikke finnes noen definitiv teori om hvordan schizofreni utvikler seg, eller nøyaktig hva som skjer i hjernen til mennesker med denne sykdommen. Det finnes mange hypoteser: fødselsskade, genetiske teorier, at insula kan være involvert, samt hovedroller for diverse nevrotransmittere, deriblant dopamin og glutamat.

Min intensjon her er å gjøre det så klart som mulig at når vi snakker om sinn og kropp, når vi generelt refererer til psykiske tilstander i motsetning til somatiske, eller når vi peker på en funksjonell nevrologisk sykdom i motsetning til en organisk, og når vi lytter til nevroforskere som snakker om nevrale avstivere, korrelater eller substrater av den ene eller den andre psykiske sykdommen, befinner vi oss midt i sinn-kropp-problematikken, som har ridd vestlig filosofi i årevis. Jeg er ikke ute etter å antyde at distinksjoner ikke er viktige. Det er en forskjell mellom Alices hjernerystelse og fobien hennes, og den forskjellen er avgjørende for behandlingen av begge deler, men forvirringen omkring sinn og kropp flourer i nevrologien, psykiatrien og psykologien. Dessuten brukes terminologi ofte til å dekke over svære huller i vår viten.

«Når nevroforskere snakker oppriktig om sinn-hjerne-dilemmaet, kommer de gjerne med en versjon av følgende setning: Det er ikke kjent hvordan psykologiske tilstander er relatert til hjernetilstander»

Jeg holdt et programforedrag på en internasjonal konferanse om nevroetikk ved Cleveland-klinikken for noen år siden, som jeg kalte «Philosophy Matters in Brain Matters». Foredraget ble senere publisert i *Seizure: The European Journal of Epilepsy* og er gjenuttgitt i min essaysamling *A Woman Looking at Men Looking at Women*.² Publikum besto hovedsakelig av nevrologer. Jeg understreket for dem at filosofi har betydning i den forstand at hvis vi forsømmer å undersøke paradigmene som ligger under en mengde antagelser om sinn og kropp samt termer som organisk og funksjonell, vil vi vanskelig kunne bringe klarhet i mange sykdommers natur. Det er alltid viktig å vite hvor mye vi ikke vet. Når nevroforskere snakker oppriktig om sinn-hjerne-dilemmaet, kommer de gjerne med en versjon av følgende setning: *Det er ikke kjent hvordan psykologiske tilstander er relatert til hjernetilstander*.

Det er god grunn til å bekymre seg over denne lakunen. Er det riktig å sette en psykologisk tilstand og en hjernetilstand på lik linje, og hvis ikke, hvorfor ikke? Jeg skal gi et eksempel som jeg synes er fascinerende. Takket være en hyppig sitert og publisert avhandling i *Nature* i 2005 fikk mange høre nyheten at oksytocin, hormonet vi vet er involvert i barsel og laktasjon, også fremmer «tillit» hos mennesker.³ I løpet av de ti årene som er gått siden, har den enkle sammenhengen mellom oksytocin og tillit mistet noe av sin glans.⁴ Ethvert ett til ett-samsvar mellom en abstrakt forestilling og et hormon, enten det er tillit og oksytocin eller aggresjon og testosteron, bør betraktes med sterk skepsis. Men så har vi en annen studie av Kenneth Levy, Joseph Beeney og Christina Temes.⁵ Hvis man sprayer oksytocin opp i nesen på personer med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse som også er identifisert som usikre i sine relasjoner, responderer de på hormonet ikke med tillit, men med det motsatte: mistenksomhet og utrygghet. Hjerneskanningen deres viser nøyaktig det samme som hos mennesker som ikke har noen mental sykdom, som har en historie med trygge relasjoner og sier at de opplevde positive følelser. I begge tilfeller er hypothalamus-hypofyse-binyreaksen aktivert. Avhandlingens forfattere hevder at friske mennesker opplever det å føle nærhet og intimitet som noe positivt, mens pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse opplever de samme følelsene som truende. Vi må huske at hjerneskanninger ikke er filmopptak av hjernen i aksjon, og om vi ser bort fra teknologiske hensyn, tyder denne studien på at det følger en viss risiko med å redusere en psykologisk tilstand til en hjernetilstand. I dette tilfellet viser den subjektive opplevelsen og de objektive markørene av den samme opplevelsen seg å være ikke bare forskjellige, men motsatte.

La oss vende tilbake til Alices fobi. Det er grunn til å tro at angsten hun opplever, har en viss tilknytning til fallet og den langvarige restitueringen etter hjernerystelsen. På samme tid er det langt fra åpenbart hvordan de to er forbundet med hverandre. La oss si at Alices psykiater gir pasienten en fMRI fordi hun studerer fobier sammen med flere andre forskere og håper å bidra til hjerneforskningen og oppdage de nevralt korrelatene for agorafobi. Alices hjerneskaning viser, forutsigbart nok, aktivering av hennes amygdala og omliggende områder. Men nøyaktig hva sier dette legen hennes?

Hva som foregår i hjernen til en fobiker, er ennå ikke godt forstått, men selv om kandidatens hjerneområder er aktivert, vil ikke tegn på oksygenmettet blodstrøm fra det ene til et annet område av Alices hjerne fortelle legen hennes stort om hvordan hun skal *behandle* pasienten. Så psykiateren vår skriver om resultatene sammen med teamet sitt og sender en avhandling til et tidsskrift, men sender Alice til en terapeut som er spesialist på fobier. Terapeuten anbefaler gradvis eksponeringsterapi og kognitiv adferdsterapi for Alice. Siden dette er en historie jeg dikter opp, skal jeg gi Alice en lykkelig slutt. Min Alice er en robust person. Psykologen er snill og tålmodig, og selv om det krever tid og innsats, blir Alice helbredet for fobien. Hun gjenopptar arbeidet sitt og ridningen, og selv om hun iblant stanser opp et øyeblikk foran ytterdøren og kjenner et gammelt blaff av angst, puster hun dypt inn, går over terskelen og ut i dagen sin.

Før vi ser nærmere på problemet sinn-hjerne, er det viktig å minne om at det ikke finnes noen konsensus hverken i nevroforskningen eller i filosofien om hvordan sinnet er relatert til hjernen. Diskusjonene om hvorvidt hjernen og sinnet er identiske eller på et vis distinkte, om hvorvidt menneskelig «bevissthet» kan reduseres til sine nevralt koordinater eller ikke, hvorvidt den subjektive fornemmelsen av bevegelse og følelse og sansning og tenkning fullt ut kan forklares med objektive termer som hjerneregioner, synaptiske forbindelser og nevrokjemikalier, er fremdeles gjenstand for intens, opphetet debatt. Intet fornuftig menneske påstår lenger at solen går i bane rundt jorden. Den diskusjonen har Kopernikus vunnet. Bevisene for at Einsteins generelle relativitetsteori sier oss noe om universet, bestrides ikke av noen, skjønt det her og der er foretatt noen justeringer av fysikken i den. Men striden om bevisstheten og menneskesinnet fortsetter. Diverse former for monisme – vi er alle én ting, enten bare sinn eller bare materie eller en form for begge deler – og dualisme, at vi er to ting, sinn og materie, diskuteres fortsatt. Monismen har langt de fleste tilhengerne, men min påstand er at problemet er så gjenstridig at det ofte glemmes fullstendig.

Meningene er delt i flere forskjellige leirer nå, akkurat som på 1600-tallet, da temaet også var kokende hett, og spørsmålene som stilles nå, skiller seg ikke mye fra den tidens. René Descartes argumenterte sterkt for dualismen – at mennesker består av to slags stoff, materielle maskinlignende kropp og immaterielle tenkende sinn. Han trodde ikke de var uten forbindelse med hverandre. Han visste at interaksjon mellom dem var avgjørende, og arbeidet med å forklare hvordan dette fungerte. Descartes korresponderte med prinsesse Elizabeth av Bøhmen, som stilte filosofen en rekke vanskelige spørsmål. Hun ville vite hvordan en immateriell substans, sinnet, på noen måte kunne påvirke en materiell substans som kroppen. Hvordan kan ingen-ting

bevege noen-ting? «Ikke desto mindre har jeg aldri kunnet forestille meg en slik immateriell ting som noe annet enn et fravær av materie som ikke kan ha noen kommunikasjon med den. Jeg må innrømme at det ville være lettere for meg å tillegge sjelen materie og utstrekning enn å tillegge noe immaterielt evnen til å bevege et legeme og å bevegges av det.» Hun pekte også helt korrekt på at kroppens tilstand innvirker på sinnet, slik vi tydelig så det i tilfellet med Alices hjernerystelse. Hun bemerker at en person som har «hatt evnen til og vanen med å resonnerer godt, kan miste alt dette på grunn av noen damper». ⁶ Dampene som oppsto på grunn av Alices hodeskade, gjorde det altså vanskelig for henne å konsentrere seg, tenke klart og finne de rette ordene.

Thomas Hobbes, Descartes' samtidige, mente på den annen side at mennesker var bare materielle, og at det ikke kan finnes tanke uten kropp. Hobbes materialisme var mekanistisk. Både kropp og sinn var maskinaktige og skulle forstås ved årsak og virkning, ren rasjonell kalkulasjon. ⁷ Ikke alle var enige i det. Margaret Cavendish, en naturfilosof på 1600-tallet som kjente både Descartes og Hobbes, var monist – hun mente at vi er bare materielle, men bestred Hobbes' mekanisme. Cavendish identifiserte to former for materie, levende og ikke-levende, som var fullstendig sammenfiltret og fantes i alt og alle, i mennesker, dyr, planter og mineraler. ⁸ Om dette lyder som en vanvittig teori i deres ører, kan jeg forsikre dere om at det finnes flere teoretiske fysikere som bekjenner seg til den samme tanken i dag – noe som ligner sinn kan være til stede selv på partikkelfysikknivå. ⁹ Interessen for panpsykisme har vært økende de siste årene. ¹⁰

Igjen kan man spørre: Hvorfor bryr vi oss? Er ikke det viktigste å få pasienter som Alice friske igjen, uten å gruble over et dilemma som har plaget oss siden hellenerne? Fire leger behandlet Alice, en nevrolog, en nevropsykolog, en psykiater og en fobiterapeut. Alle fire overvåket fremgangen hennes og bidro til hennes bedring. Alices psykolog kombinerte eksponeringsterapi med kognitiv adferdsterapi, som er svært populært for tiden. Det finnes vitnesbyrd for at kognitiv adferdsterapi har vært effektivt i behandling av forskjellige sykdommer, og teknikken har vært anvendt på alt fra fobi til schizofreni. Behandlingen tar kort tid, noe som betyr at den er relativt billig. Den fokuserer på pasientens nåtid, ikke på hennes fortid. Teknikken er lett å forstå og er blitt svært godt anbefalt og testet.

Teorien bak terapien som Aaron Beck var pioner for, er: «Kognitiv adferdsterapi baserer seg på den oppfatning at det er *tankene* våre som forårsaker følelsene og adferden vår, ikke ytre ting som personer, situasjoner og hendelser.» ¹¹ Det sentrale her er at det er vår tolkning av hendelsene, ikke hendelsene selv, som styrer hvordan vi lever livet vårt. Hvis folk korrigerer sin mistilpassede tenkning om mennesker, situasjoner og hendelser, vil problemene deres forsvinne. Kognitiv adferdsterapi er blitt påvirket av behaviorismens stimulus-respons-modell, av psykoanalytikerens Alfred Adlers «fiksjonelle finalisme», forestillingen om at et menneskes bevisste tanker og håp for fremtiden er viktigere enn vedkommendes fortid og grumsete ubevisste liv, og av det

som er blitt kalt den kognitive revolusjon, som beskriver sinnet som en rasjonell, databehandlende problemløsende innretning.

Ideen om sinnet som en symbolmanipulerende datamaskin ble utviklet fra A.M. Turings intelligente maskiner, Pitts og McCullochs binære nevroner, von Neumanns cellulære automater og Norbert Wieners kybernetiske teori. I sin enormt populære bok *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society* som utkom i 1950, anførte Wiener at fysisk identitet ikke ble avgjort av sitt stoff, det være seg organisk eller kunstig, men av sin organisasjonsform. Han mente derfor at det ville komme en tid da et menneske kunne telegraferes fra ett sted til et annet. «Det er ingen fundamental forskjell mellom overføringsformene vi bruker når vi sender et telegram fra land til land og overføringsformene som i det minste er teoretisk mulige for en levende organisme som et menneske.»¹² Med andre ord: Det er ikke sinnets stoff som teller – det kan bestå av levende celler eller silikon – det som teller, er sinnets form, mønster, informasjon eller organisasjon. Det er en lang historie, men hovedpoenget er ikke så komplisert. Mens Turings maskiner, Weiners kybernetikkteori og von Neumanns cellulære automater alle bidro enormt til tenkningen om hvordan systemer av mange slag fungerer, fra hjerner til byer eller forretningsimperier, forsvarte ideen et skille mellom sinnets kalkulasjonsmønstre og den materielle kroppen som samsvarer med Aristoteles' skille mellom form og materie, men som – vil jeg påstå – er langt mer dramatisk. Aristoteles hevdet at det ene ikke kunne finnes uten det andre.

«Det kan nok være uheldig for kategoriseringen vår, men det biologiske, psykologiske og sosiologiske er faktisk en eneste røre»

Psykologen Jerome Bruner ble en formidabel kritiker av den kognitive revolusjonen: «Å behandle verden som en likegyldig strøm av informasjon som skal bearbeides av individer på deres egne betingelser, er å miste av syne hvordan individer blir til og hvordan de fungerer.»¹³ Andre har bemerket at sinnet i klassisk kognitiv vitenskap eller CTM (computational theory of mind), slik det opprinnelig ble postulert, inneholder en essensiell dualisme. Psykologen Sylvia Scribner uttrykker det godt: «Klassisk kognitiv vitenskap hjemsesøkes av et metafysisk gjenferd. Gjenferdet går under navnet kartesiansk dualisme, og sin alder til tross fortsetter det å kaste en skygge over undersøkelser av menneskenaturens vesen.»¹⁴ Sinnet trenger ikke hjernen for å fungere. Sinnet er software for hjernens hardware. Jeg har ikke klart å finne noen tekst som behandler den implisitte dualismen i kognitiv adferdsterapi, men det er åpenbart at terapiformen har arvet denne splittelsen fra første generasjon av kognitiv vitenskap.

Det følgende er en annen setning fra en selvhjelpsside for kognitiv adferdsterapi: «Du kan bryte disse onde sirklene av negative tanker, følelser og adferd. Det kan også være nyttig å se på hvordan *tankene og følelsene våre innvirker på kroppen*, og de fysiske

følelsene vi kan oppleve.» (Min utheving)¹⁵ Se nøye på den andre setningen. Forfatteren skiller klart mellom tanke og kropp. Er dette ånd over materie? Hvis tanker og følelser kan innvirke på kroppen, betyr det at tanker og følelser ikke skriver seg fra kroppen? Hvis de ikke er fysiske, hva er de da? Er tankene mine løsrevet fra kroppen når jeg tenker dem? Er ikke dette nøyaktig hva prinsesse Elisabeth tok opp med Descartes: Hvordan kan et immaterielt stoff bevege et materielt? Og hva mener disse fanebærerne for kognitiv adferdsterapi er forskjellen mellom følelser og sansninger? Hvordan kan følelser innvirke på kroppslige sansninger? Er ikke følelser psykologiske? Mener de at mens følelser har innhold – hat, kjærlighet, sjalusi, osv. – har sansninger ikke noe innhold? Er de bare prikking og svie, eller kanskje at man føler seg mett eller sulten? Er dette en distinksjon som kan drøftes?

Hvordan skal vi for eksempel forstå Alices ute av kroppen-opplevelse? Den er i alle fall ikke forårsaket av en tanke. Er det en følelse eller en sansning hun opplever? Depersonalisering eller ute av kroppen-opplevelser kan følge av et slag mot hodet, men de kan også inntreffe etter at en person har vært vitne til en rystende hendelse eller befunnet seg i en nær døden-situasjon, eller selv i det øyeblikket man sovner. De kan til og med fremkalles i hvem som helst ved hjelp av perseptuelle knep. Er det i det hele tatt noe hold i denne setningen om tanker og følelser som innvirker på kroppen vår? Argumentene som anføres for kognitiv adferdsterapi, ikke bare skiller mellom psyke og soma, de er så teoretisk uklare at de blir uforståelige.

Men, sier dere, Alice ble bedre etter eksponeringsterapi og kognitiv adferdsterapi. Jeg benekter ikke det – selv om Alice er oppdiktet av meg. Det finnes mange Alicer der ute som er blitt hjulpet av slike behandlinger. Jeg er imidlertid overbevist om at de ikke ble hjulpet av grunnene som anføres av forkjemperne for kognitiv adferdsterapi. Den generelle påstanden *tankene våre forårsaker følelsene og adferden vår* er ekstremt naiv. Det finnes en omfattende litteratur i den kognitive vitenskapen selv, som anfører at det ubevisste har enorm betydning for følelsene og adferden vår, og at bevisst tanke bare er en bitteliten topp av det berømmelige isfjellet, en topp som til og med er mindre enn Freud antok. Kan våre bevisste tanker innvirke på følelsene og adferden vår? Ja, det tror jeg de kan. Våre tolkninger, født av vår evne til å reflektere over vårt eget liv, til å se oss selv slik andre kanskje ser oss, til å stige ut av oss selv, er en stor gave. Dette betyr dog ikke at tankene våre svever over kroppen og kan dirigere den som det passer oss hvis vi bare rydder opp i de kaotiske tankeprosessene våre.

Mange former for psykoterapi, også kalt snakkekuren, går ut på å gjøre bevisst det som en gang var ubevisst. Freud hevdet at ved å gjøre ubevisste nevrotiske handlingsmønstre bevisste, kan en pasient endre dem. Becks «automatiske tanker» står ikke så fjernt fra «ikke helt bevisste tanker» eller selv «ubevisste tanker». Kognitiv adferdsterapi øker dessuten pasientens følelse av å handle, en følelse av at «jeg kan gjøre meg selv friskere». En følelse av hjelpeløshet, av å bli overveldet av omstendighetene, av å ha mistet kontrollen over livet er forferdelig for ethvert menneske, enten hun lider av en fobi, en psykotisk episode eller av kreft. Enten vi har fri vilje eller ikke – et filosofisk dilemma som setter ut de beste av oss – har vi i alle fall

en *følelse* av fri vilje, en sterk, intuitiv følelse av at vi bestemmer oss for å strekke oss etter et glass, bestemmer oss for å gå gjennom rommet eller bestemmer oss for å si ja til en innbydelse til å holde et foredrag. Som en person som har hatt migreneanfall så lenge jeg kan huske, kan jeg si at vendepunktet for min del kom etter at jeg hadde lært bio-feedback, som er hverken mer eller mindre enn trening i kunsten dyp avslapning og meditasjon, som har medvirket til å redusere smertene, men også har gitt meg følelsen av å ha en viss kontroll over lidelsen. Jeg er ikke helbredet, og forventer heller ikke å bli det, men jeg lever ikke lenger i frykt for at smerten skal bli sterkere enn jeg makter å holde ut.

**«Og min Alice er produktet av
en trygg tilknytning til
foreldrene sine, så da hun
holder terapeuten sin i armen
ute på gaten, skaper den
øyeblikkelige følelsen av nærhet
og beskyttelse et skred av
kroppslige erindringer»**

Kognitiv adferdsterapi vektlegger en sterk terapeutisk allianse, på samme måte som dusinvis av former for psykoterapi. Den gradvise lindringen av Alices angst skyldes ikke at hun ikke lenger tenker «jeg kommer til å dø» når hun går ut av huset, selv om det helt klart er en befrielse å ha kvittet seg med den tanken. Den skyldes en voksende følelse av trygghet som henger nøye sammen med forholdet hun har til terapeuten sin. Og denne gradvise forandringen, vil jeg påstå, finner sted med og i «et kroppssubjekt», som den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty kalte det.¹⁶ Den foregår ikke med løsrevne kognisjoner som på en eller annen måte styrer en kropp uten tanker.

Etter hvert som Alice befris for angsten, kan de bevisste tankene hennes bli mer «realitetsbaserte». Men la oss også være realistiske. Et barn som har vokst opp i en krigssone, trenger ikke omstille tankene sine til virkeligheten. Hans virkelighet er ødeleggelse. Den innlagte pasienten jeg møtte da jeg var frivillig skriveleer på Payne Whitney-klinikken, som helt saklig fortalte at «jeg ble slått av faren min og voldtatt av broren min. Det er derfor alt er så vanskelig for meg,» ga meg en sannhet om virkeligheten sin, ikke en tanke som trengte å forandres. Etter den traumatiske hjernerystelsen, den langsomme tilfriskningen og fobien trengte Alice en alliert til å hjelpe henne å gjenopprette den habituelle motorisk-sensoriske emosjonelle friheten hun hadde før hodeskaden og fobien, slik at hun igjen kunne gå nedover gaten uten å bekymre seg unødige. Og min Alice er produktet av en trygg tilknytning til foreldrene sine, så da hun holder terapeuten sin i armen ute på gaten, skaper den øyeblikkelige følelsen av nærhet og beskyttelse et skred av kroppslige erindringer, erindringer som er så gamle at de ikke har noe bevisst utspring eller bilde, erindringer som hører til selve kroppens rytme eller musikk.

Kroppslig sinn, kroppssinn eller kroppsliggjøring er blitt et opprop i kognisjonsvitenskapen, i nevrovitenskapene og psykologien, men også i litterær teori, lingvistikk, antropologi og forskjellige andre disipliner. Men slik vi må spørre oss selv hva vi mener med sinn, må vi også være omhyggelige med å artikulere hva vi mener med kropp. Definisjonene av kropp varierer like mye som definisjonene av sinn. Så mye er sikkert: Å vende tilbake til kroppen er et korrektiv ikke bare til den kvasi-kartesianske forståelsen av sinn som ble anført av kognisjonsvitenskapens førstegenerasjon, en modell som fortsetter å ha enorm innflytelse innenfor psykologien, psykiatrien og nevrovitenskapen, men også til lange filosofiske og kulturelle tradisjoner som forbinder sinnet med det høye, åndelige og maskuline og kroppen med det lave, naturlige og feminine. Dette synet har en dyp platonisk gjenklang, og platonismen formet Pauluskristendommen, som i sin tur formet hele den vestlige kultur. Våre sjeler er fanger i våre dødelige legemer og lengter etter å rive seg løs. Ikke desto mindre er påstanden at vi er kropper eller kroppssubjekter, ikke biologisk bagasje bebodd av en immateriell sjel eller sinn, like gammel som pre-sokratisk filosofi. Så hva mener vi når vi bruker ordet *kroppsliggjøring*? Jeg sier at Alices helbredelse for frykten for utenverdenen ikke handler om at tankene hennes influerer på kroppen, men om en gradvis endring av kroppen som heter Alice som involverer ikke bare denne kroppens nåtid, men også dens fortid, en personlig fortid som er innstøpt i selve nervesystemets vaner.

Men Alice er ikke en mus eller en hund. Hun har i tillegg en menneskelig del, en del som gjør det mulig for henne å reflektere over hjernerystelsen og fobien og føre dagbok over den gradvise bedringen, når hun ikke må lete etter ordene eller er for sliten til å skrive. Samtidige argumenter for kroppsliggjøring varierer, men det som nå kalles «kroppsliggjort kognisjon», hevder med George Lakoffs og Mark Johnsons ord at «Fornuften er ikke kroppsløs, som tradisjonen for det meste har hevdet, men utspringer fra hjernen, kroppen og de kroppslige erfaringene våre. Dette er ikke bare den harmløse og opplagte påstanden at vi trenger en kropp for å tenke, det er snarere den slående påstand at selve fornuftens struktur kommer fra de enkelte deler av vår kroppsliggjøring.»¹⁷ Denne slående påstanden har røtter i både amerikansk pragmatisme og europeisk fenomenologi – versjoner av denne ideen ble uttrykt av John Dewey og William James. De viser seg også i Edmund Husserls, Martin Heideggers og Sartres fenomenologi og ble sterkest utviklet av Merleau-Ponty. Men Giambattista Vico målbar en versjon av kroppsliggjort tanke i *The New Science* utgitt i 1725, og den amerikanske filosofen Susanne Langer, som ofte glemmes i våre dager, var en glitrende tenker omkring hvordan soma blir symbol, lenge før annengenerasjon av kognitivister gjorde seg gjeldende. Men intellektuell historie skrives ofte med hukommelsestap eller tunnelsyn. Annengenerasjons kognisjonsvitenskap snudde førstegenerasjons kognisjonsvitenskap på hodet, nøyaktig som det ble sagt at Marx hadde gjort med Hegel, en inversjon som gjorde idealisme til materialisme.

Kroppsliggjort og aktiv kognisjon vektlegger ytterligere den rollen en organismes forhold til sine omgivelser eller *Umwelt* spiller. Tankevirksomhet er ikke en serie binære symbolske beregninger, men avhenger av kroppens karakteristika. I sin nå

berømte bok *Metaphors We Live By* (1980) forsto Lakoff og Johnson at mye av språket vi bruker, springer ut av vår kroppslige situasjon, av hvordan vi lever i og forholder oss til rommet og oversetter det i språket. Vi ser aldri på kropper alene, men kropper i aksjon og i relasjon til det som befinner seg omkring dem, og erkjenner det faktum at spesifikke trekk ved kroppen vår legger bånd på hvordan vi ser og føler og lever i verden. Det forskjellige tenkere legger større eller mindre vekt på, er kulturens rolle i kroppsliggjøringen. Kulturen i sine tallrike variasjoner blir kropp i gest og tale, men også i ubevisste perseptuelle vaner.

Filosofisk sett er det viktigste ved alle former for terapeutisk praksis i denne sammenheng at det ikke kan finnes noe kroppssubjekt uten andre kroppssubjekter, ingen tenkende kropp uten andre tenkende kropper. Mennesker er sosiale dyr, skapt i og gjennom andre, og kan ikke trives uten disse andre. En annen måte å si det på er at menneskelig subjektivitet alltid også er intersubjektivitet. Tenk over det: Hvilket menneske er selvgenerert og eksisterer alene i verden? Det faktum at hvert enkelt menneske, hvert enkelt pattedyr, blir til inne i en annen skapning av samme art, fødes av den skapningen og som spedbarn er avhengig av hennes omsorg for å leve opp, bør gjøre oss skeptiske til enhver filosofi som ikke tar dette enkle faktum i betraktning. Videre kan vi spørre oss om det er mulig å studere noen kropp eller hjerne eller noe fysiologisk system isolert fra andre kropper, hjerner eller systemer.

Jeg sier ikke dette fordi jeg mener at forskere som arbeider med oksytocin eller cytosinmetylering eller med thalamus, umiddelbart bør stanse arbeidet fordi intet godt vil komme ut av det. Godt er kommet ut av det, og mer vil komme. Enhver tenker trenger en konseptuell ramme, en modell, for å komme videre. Det kan bety å se på en liten del av et sosialt system, for eksempel familien i en bestemt kultur, eller det kan bety å studere ett enkelt nevron i stedet for en hel hjerne. Det jeg i stedet sier, er at vi må stille spørsmål ved modellene våre og innse deres begrensninger. Som statistikeren George Box uttrykte det: «Alle modeller er feil, men noen er nyttige.» Vi må være varsomme med våre metaforer, våre begreper og med myriadene av assosiasjoner til dem. Vi må innse at terminologien vi stadig bruker om hjernen – komputasjon, input og output, software og hardware – bunner i en oppfatning av sinnet som ikke bare har ignorert hjernen som fysisk organ, den er gjennomsyret av århundregamle fordommer som identifiserte menneskekroppen som en pøl av synd og korrupsjon. Teori om sinnet uttrykt med dataspråk er til dels et produkt av ønsketenkning – ønsket om en ren, tørr maskin drevet av logikk og ubesudlet av sølet som fødsel og død fører med seg.

La oss vende tilbake til Alice. Jeg tror på nytten av å gjøre det abstrakte så konkret som mulig uten at det subtile går tapt. Alices nevrolog visste at avrevne aksoner ikke kan repareres ved en operasjon. Helbredelse av hjernerystelse går stort sett ut på å vente. Alices nevropsykolog kunne måle Alices fremgang ved hjelp av tester, men det var lite han kunne gjøre for å måle de enkelte kognitive funksjonene hennes. Fobiterapeuten var nyttig for Alice, selv om det kanskje ikke var av de grunnene hun trodde. Men la oss gå tilbake i tid. La oss si at Alices nevrolog, dr. Hart, er en snill, fordomsfri og vitebegjærlig kvinne som er blitt fascinert av den slående virkningen placebo har hatt

på parkinsonpasienter. Ikke bare det, dr. Hart er kommet til å tro at hennes interaksjon med pasientene, selv om mange ikke blir helbredet, likevel er av stor betydning, og fordi hun har lagt merke til at den langsomme tilfriskningen gjør Alice nedstemt, og nedstemtheten forsterker utmattelsen etter hjernerystelsen, bruker dr. Hart ekstra tid på å snakke med pasienten, forteller henne at hun er sikker på at hun vil bli bedre, og gir henne en stor, lyserød sukkerpille hun kan ta hver kveld. Alice føler seg bedre.

Det er nå kjent at det finnes mange placeboeffekter, og de har vist seg å innvirke på kroppens nerve-, endokrine, immun-, åndedretts- og fordøyelsessystem. En smertestillende placeboeffekt er sporet til utskillelse av endogene opioider i hjernen, en effekt som kan blokkeres av naloxon, en opioidantagonist. Sagt med hverdagspråk: En placeboeffekt er ikke «bare noe du innbiller deg». Alices etterfølgende humørstigning kan altså forklares med denne fascinerende placeboeffekten. Det filosofiske problemet er: Hvordan kan Alices tro på at hun vil bli bedre, få hypofysen hennes til å utskille opioider som faktisk *gjør* henne bedre? Er placebo et eksempel på sinnets seier over materien?

Det er vanskelig å forklare placeboeffekter hvis man går ut fra den klassiske datamaskinaktige modellen av sinnet. Man støter på den virkelig eiendommelige oppfatningen ved kognitiv adferdsterapi at immaterielle positive tanker på en eller annen måte innvirker på den materielle kroppen. Det fører til en oppfatning av slike effekter som interaksjoner mellom to isolerte nivåer av menneskelige erfaringer: tanker og kropper. En av verdens ledende eksperter på placebo, Fabrizio Benedetti, mener at placeboresponsen er «en interaksjon» mellom komplekse psykologiske og nevrofysiologiske faktorer. Skillet psyke/soma er forutsatt. Benedetti har utført strålende forskning på placebo, forskning som vil bli stående som betydningsfull i vitenskapshistorien. Det er vanskelig å finne en vei inn til spørsmålet om interpersonlige fysiologiske virkninger hvis man går ut fra en standard nevrovitenskapelig modell av psyke og soma. Biopsykososialt er et ord som har vært benyttet for å antyde en forståelse av placeboeffekter. Det klinger godt fordi det inkluderer alle de nødvendige elementene, men hvis de tre delene i den modellen forblir separate, er ordet egentlig ubrukelig. I en avhandling fra 2013, «Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship», søker Benedetti å revidere sin tidligere interaksjonsmodell og erkjenner at utfordringen med å forstå forholdet er et filosofisk problem.¹⁸

Som jeg har nevnt tidligere, kan vi ikke trekke direkte linjer fra abstrakte begreper uttrykt språklig, som tillit eller medfølelse, til oksytocin eller til spesifikke placeboeffekter. Men vi kan snu på problemet. I et 200 siders essay med tittelen «The Delusions of Certainty», i en større essaysamling som ble utgitt i USA og England i desember, har jeg en lengre utredning om placeboeffekten. Jeg siterer meg selv: «Placeboeffekten – dette mystiske sinn-kropp- eller psykosomatiske fenomenet begynner kanskje å fortone seg noe mindre underlig når det forstås fra et kroppsliggjort, relasjonelt perspektiv.» Jeg går til Richard Kradin, forskerlege og psykoanalytiker, for å reformulere kroppsliggjøringen av placebo: «placeboeffekten er en nervesystemrespons

utløst av adferd hos andre som etterligner tilknyttede personers.» Påstanden hans forflytter vekten fra et menneske som på magisk vis helbreder seg selv ved 'positiv tenkning', til et menneske med en utviklingshistorie nært knyttet til og avhengig av andre mennesker, som nå er en del av hans indre kroppslige virkelighet. «Placebo blir en form for selvregulering ved hjelp av ubevisste erindringer, i stedet for de magiske egenskapene ved psyken som virker på det fysiske.»¹⁹ Kradin inkluderer de dynamiske egenskapene ved en fysiologisk narrativ, en historie, som er både ubevisst og bevisst og nødvendigvis inngår i placeboresponsen.

«Den generelle påstanden tankene våre forårsaker følelsene og adferden vår er ekstremt naiv»

Enkelte har knyttet placeboeffekter til psykoterapi.²⁰ Jeg for min del finner det rimelig å tenke på placebo som en av de kroppslige responsene som forekommer mennesker imellom, en del av vår intersubjektive realitet. Placeboeffekten kan være en av de fysiologisk helbredende egenskapene som virker i ulike terapier, som er former for det Merleau-Ponty kalte interkorporealitet, ens egen kropps forhold til et annet menneskes kropp. «Ved at jeg oppfatter den andre blir hans og min kropp forbundet, noe som fører til en form for handling som parer dem.»²¹ Merleau-Ponty fremhever noe som er avgjørende for alle terapeutiske møter – de to sidene av et møte mellom mennesker involverer ikke to egoer, begge forlagt i solipsistisk isolasjon der eneste utvei er å skape en rasjonell analogi. *Jeg kan forstå deg fordi jeg fra tid til annen har vært i din situasjon, og hvis jeg nå aktivt tenker over hva det vil si å være deg, kan jeg kanskje forstå din situasjon.* På samme tid blander jeg oss ikke sammen. Jeg vet det er en forskjell mellom oss. Jeg føler deg ikke som en slags delt subjektivitet, snarere som en annen person jeg straks oppfatter som lik meg.

Filosofen Edith Stein omtaler empati som en «fremmed erfaring» som ikke desto mindre erfares i selvet.²² Vittorio Gallese, nevroforskeren som var med i teamet som oppdaget speilnevronene, har brukt begrepet interkorporealitet for å understøtte sine ideer om et «delt mangfold» eller vi-rom mellom kroppssubjektet som er forbundet i aksjon-persepsjon-speilingsprosesser.²³ Gail Weiss formulerer den samme tanken i sin bok *Body Images: Embodiment as Intercorporeality*: «Å beskrive kroppsliggjøring som interkorporealitet er å understreke at opplevelsen av å bli kroppsliggjort aldri er privat, men alltid er mediert av andre menneskelige og ikke-menneskelige kropp.»²⁴

Denne mediasjonssonen mellom én og en annen har vært teoretisert og analysert på en mengde måter i en mengde disipliner. Hegels krigerske herre og slave-relasjon som muliggjør selvbevissthet, Freuds transferens moderert av Ferenczis idé om mot-transferens, Martin Bubers ontologiske du og jeg, D.W. Winnicotts mellomliggende rom, M.M. Bakhtins dialogiske fantasier og Lev Vygotskys proksimale utviklingssoner, som er ekstra-individuelle. Men tenk også på dynamikken i den nå enorme litteraturen om

binding og spedbarnsutvikling, de empiriske studiene av synkronier innenfor «en dyade» – en term som viser til to i ett-forholdet mellom spedbarn og forelder. Tenk også på pågående forskning innenfor genetikk. Genet er ikke en aktiv kodingsmekanisme, men en passiv substans uten sitt cellulære miljø, og studier i epigenetikk begynner å avdekke at belastninger på hele organismen endrer genuttrykket etter DNA-replikasjon.²⁵

Alice ble selv skadet to ganger – først av et slag i hodet, deretter av en patologisk frykt. Jeg tror det betyr noe for Alice hvordan legene hennes oppfatter henne, og hvordan de forholder seg til lidelsene hennes. Selv den uhelbredelige kan vises sympati som har klart terapeutiske virkninger. Som ung kvinne og migrenepasient ble jeg ofte behandlet med en blanding av nedlatenhet og irritasjon av de nevrologene jeg konsulterte. Jeg kunne trengt en lege som dr. Hart. Hun er min helbredende fiksjon. Behandlingsformer som kognitiv adferdsterapi, som er filosofisk naive, hjelper faktisk folk, men en ny undersøkelse av det grunnleggende i metoder som hjelper, kan forbedre slike terapier. Jeg må innrømme at jeg er skeptisk til quick fix og enkle løsninger. Kroppsliggjøring og dens nødvendige ledsager, interkorporealiteten, vil ikke automatisk løse sinn-kropp-problematikken eller gi svar på de påtrengende spørsmålene om bevissthet som forfølger filosofene. Det er ingen konsensus om hva bevissthet betyr, langt mindre om hvordan den oppstår. Å tiljuble kroppsliggjøring forhindrer dessuten ikke de fleste fra automatisk å skille mellom sinn og kropp, for det er en vane i vår tenkning og vår kultur. Jeg har oppdaget at skillet mellom sinn og kropp er et ekstremt vanskelig spørsmål å behandle selv blant psykiatere, som nok kan innrømme at det er problemer med diagnostiske kategorier for sinnslidelser, og at faget er gjennomsyret av dualisme, men som så enten plasserer seg i leiren for «biologiske» løsninger eller forkaster det «biologiske» til fordel for det rent psykologiske, uten å spørre seg om hva de egentlig snakker om. Det kan nok være uheldig for kategoriseringen vår, men det biologiske, psykologiske og sosiologiske er faktisk en eneste røre.

Det er mye vi ikke vet om hva vi mennesker er, og å vite at vi ikke vet, er bra, siden det får oss til å fortsette å stille spørsmål. Og når det gjelder pasienter, vil jeg anbefale å trekke lærdom av noveller, romaner, dagbøker og detaljerte sykehistorier. Det kroppsliggjorte sinn er aldri generisk; dets historie er alltid enestående. Det er nyanser og enkeltheter i Alices historie som faller utenfor enhver konseptuell kategori, men de trenger ikke unnslippe øynene og ørene og hendene og tankene til hennes oppmerksomme leger.

* Fagessyaet ble fremført på Schizofrenidagene i Stavanger i november 2016 som Gerd Ragna Bloch Thorsens minneforedrag.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 4, 2017, side 376-385

TEKST

Siri Hustvedt

+ Vis referanser

Noter

1. Se Samuel B. Harvey, Biba R. Stanton og Anthony David: «Conversion Disorder: Toward a Neurobiological Understanding,» *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2 (2006): 13-20.
2. Siri Hustvedt, «Philosophy Matters in Brain Matters,» i *A Woman Looking at Men Looking at Women* (New York: Simon & Shuster, 2016), 273-286.
3. Michael Kosfelt et al., «Oxytocin Increases Trust in Humans,» *Nature* 435 (2005): 673-676.
4. Oksytocin er assosiert med frykt, misunnelse og selv uærlighet. Shamay Tsoory et al. «Intranasal Administration of Oxytocin Increases Envy and Schadenfreude,» *Biological Psychiatry* 66 (2009): 864-70. Yomayra F Guzman et al., «Fear Enhancing Effects of Septal Oxytocin Receptors,» *Nature Neuroscience* 16 (2013) doi: 10.1038/nn.3465. Shaul Shalvi og Carsten K.W. De Dreu, «Oxytocin Promotes Group-Serving Dishonesty,» *Proceedings of the National Academy of Sciences* 15 (2014): 5503-5507.
5. Kenneth Levy, Joseph Beeney og Christina Temes, «Attachment and its Vicissitudes in Borderline Personality Disorder,» *Current Psychiatry Reports* 13 (2011): 50-59.
6. Prinsesse Elizabeth til Descartes, 10. juni 1643, Haag, i *The Correspondence Between René Descartes and Princess Elizabeth of Bohemia*, oversatt av Lisa Shapiro (Chicago: University of Chicago Press, 2007), 68.
7. Hobbes hevder at følelse og tanke kan forklares som rent mekaniske operasjoner i det menneskelige nervesystem. *Leviathan* (London: The Folio Society, 1996).
8. Se Margaret Cavendish, *Observations on Experimental Philosophy*, red. Eileen O'Neill (Cambridge University Press, 2001).
9. David Bohm «A New Theory of the Relationship of Mind and Matter,» *Philosophical Psychology*, bd.3 (1990), 271-286.
10. Se David Skrbina, *Panpsychism in the West* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 2005).
11. «What is CBT?» National Association of Cognitive-Behavioral Therapists website. www.nacbt.org.
12. Norbert Wiener, *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society* (New York: Houghton Mifflin, 1950), 109.
13. Jerome Bruner, *Acts of Meaning* (Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1990), 12.
14. *Mind and Social Practice: Selected Writings of Sylvia Scribner* (Cambridge: Cambridge University Press, 1997), 308.
15. 17-Step CBT Course for Emerging Stars and Businesses cbt-course-renegade-inc.com.
16. Merleau-Ponty hevder at vi er våre kropper og at det vi kaller sinn, våre persepsjoner og tanker, er intimt forbundet med vår organiske virkelighet. Se *Phenomenology of Perception*, oversatt av Colin Smith, (London: Routledge & Kegan Paul, 1962).
17. George Lakoff og Mark Johnson, *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought* (New York: Basic Books, 1999), 4.
18. Fabrizio Benedetti, «Placebo and the New Physiology of the Doctor-Patient Relationship,» *Physiological Reviews* 93 (2013), 1207-46.
19. Siri Hustvedt: «The Delusions of Certainty,» i *A Woman Looking at Men Looking at Women*, 325.
20. Se Linda A.W. Brakel, «The Placebo Effect: Psychoanalytic Theory Can Help Explain the Phenomenon,» *American Imago* 64 (2007): 273-81. For en oversikt i psykiatrien se Katja Weimer, Luana Colloca og Paul Enck, «Placebo Effects in Psychiatry: Medicine The Lancet 2 (2015). 246-57.
21. Maurice Merleau-Ponty, *The Primacy of Perception*, red. James M. Edie (Chicago: Northwestern University Press, 1964), 118.
22. Edith Stein, *On the Problem of Empathy*, i *The Collected Works of Edith Stein*, bd. 3. oversatt av Waltraut Stein (Washington D.C.: ICS Publications, 1989), 56-89.
23. Vittorio Gallese, «The Shared Manifold Hypothesis,» *The Journal of Consciousness Studies* 8, nr. 5-7 (2001): 33-50.

24. Gail Weiss, *Embodiment as Intercorporeality* (London: Routledge, 1998), 5.
25. For en utredning om feiloppfatninger om genets rolle i biologien, se Mary Jane West-Eberhard, *Developmental Plasticity and Evolution* (New York: Oxford University Press, 2003), 158.