

## Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer

*Michael 2009;6:136–49.*

*Psykiatriens historie er en broket historie med mange beretninger om galskap og melankoli. Folkelige tradisjoner for forståelse og hjelp har gått parallelt med en vitenskapelig tilnærming. Det skyld- og skambelagte omkring psykiske lidelser har gått igjen. Fokuseringen på psykiatrien som en eneste lang historie om overgrep har vært en gjenganger, ikke bare i massemedia (1).*

*Inntil psykiatrien stod frem som en egen vitenskapelig og klinisk spesialitet for knapt 200 år siden, var dens historie en del av medisinenes allmenne historie. Det er en historie som omfatter idéer og forestillinger om mental sykdom og normalitet, – om psykopatologiens vesen og natur og årsaker; om toneangivende personer og autoriteter, om institusjoner, kultur, politikk og samfunn.*

*Psykiatriens historie har dels vært skrevet «innenfra» av fagets utøvere, dels «utenfra» av historikere, sosiologer, filosofer og andre. Innfallsvinkler og vurderinger har gjerne vært preget av fagområdenes ulike perspektiver. Faghistorikere vil således være forsiktige med å trekke linjer og slutninger opp til dagens scenario, mens psykiaterne gjerne kan ha vansker med ikke å sammenholde åpenbare likheter i historiske skildringer med vår egen tids kliniske erfaring og forståelse.*

*Denne artikkelen tar for seg hvorledes bestemte, ofte tilbakevendende teorier, forestillinger, oppfatninger og holdninger overføres gjennom generasjoner og sekler, noe som i dag kan prege oss direkte og indirekte i sine avskyngninger. Ikke minst vil konsekvenser for behandling kunne være en sentral faktor. Dette blir imidlertid ikke drøftet nærmere i denne artikkelen.*

*Kilder til forståelse vil også være skjønnlitteratur, religiøse tekster, myter og legender samt folkemedisinske overleveringer. Det empiriske grunnlag for oppfatningene har gjerne vært mangelfullt, tilfeldig og tvilsomt. Fremstillingen i det følgende er ikke systematisk kronologisk, men søker å sammenholde gjennomgående og skjellsettende temaer fra Europas psykiatrihistorie, den medisinske*

*og filosofiske historie, uten at dette pretenderer å være noe samlet eller systematisk exposé over psykiatriens historie.*

### «Eksternaliserende» forklaringer på sinnslidelser

*«Men Herrens ånd vek fra Saul, og en ond ånd fra Herren forferdet ham». (Bibelen, 1. Samuels bok. 16.kap. )*

Fra de eldste tider og fra alle kulturer har vi vitnesbyrd, særlig fra religiøse skrifter, om at galskap har vært oppfattet som forårsaket av påvirkninger utenfra. Tilsvarende kunne også gjelde forskjellige somatiske sykdommer og fysiologiske funksjoner som nysing eller plutselig søvn. Oftest har påvirkningen vært oppfattet som udiskutabelt demonisk i sitt utspring, men også andre mennesker kunne være kilden. Personen selv har gjerne delt omgivelsenes oppfatninger og diagnose i så måte.

Snorri Sturluson (1179–1241) skildrer markante affektive lidelser, ofte «forståelige», som sorgreaksjoner som går over i psykose, slik som hos Harald Hårfagre (2), godt 300 år i ettertid. Men så kobler Snorri inn, som et «antiklimaks» til sin empiri og rasjonalitet, pasientens (kong Haralds) egenvurdering: Han har vært forhekset av sin avdøde dronning!

Johan Weyer (1515–1588) (3) har fått betegnelsen Europas første psykiater, hovedsakelig på grunn av sin påvisning av at ofrene for heksebrenningene i stor utstrekning hadde psykiske lidelser. Weyer selv så imidlertid, i tråd med sin samtid, besettelse som en realitet; «heksene» var da heller ikke besatte. Weyers bidrag til historien og medisinen er påpekingen av at alvorlige sinnslidelser ikke er blitt erkjent som sådanne, og dét med tragiske følger. Temaet tør sies å være aktuelt den dag i dag, også i den industrialiserte verden, av ulike årsaker.

Demonbesettelse med tilhørende eksorsistiske ritualer er noe som i dag ikke bare finnes spredt i den tredje verden. Fenomenet dukker jevnlig opp rundt om i vestlige, alfabetiserte og teknologiske samfunn, særlig innenfor karismatiske miljøer (4). Vi kan i den forbindelse gjerne merke oss at remediet mot kong Sauls onde ånd ikke var utdrivelse av denne, men harpespill (ca. 1000 år før Kr.f.).

### Tvang, autonomi, frihet

*«Frihet, likhet og brorskap!»*

Slagordet fra den franske revolusjon i 1789 har vært angitt som ledende for Philippe Pinels (1745–1826) berømte handling i 1792, da han løste de sinnslidendes lenker: De gale er også våre brødre – selv om de – i forhold

til revolusjonens dyrking av fornuften, *la raison*, representerte den absolutte antifornuft. Pinels verk har gjerne vært sett på som selve kjerneepisoden, den psykiatriske vitenskaps fødsel, ansatsen til frigjøring og avmystifisering av sinnslidelser. Vi bør antagelig se det i sammenheng med at Pinel senere leverte rasjonelle og empiriske studier av vanskelig objektiviserbare temaer, således Europas første studie av psykopati, som han betegnet *Manie sans délire* (5).

Verken renessansens eller opplysningstidens idéer og menneskebilde hadde i særlig grad påvirket de utbredte og allmenne fordommer om sinnslidelser. Siden middelalderen synes således frykt for smitte, stigmatisering, utstøtelse, til dels forakt, å ha vært mer fremtredende enn medfølelse. På 1600- og 1700-tallet ble psykosen ofte tolket som et «indre straff, en botsgang» for en obskur, ubotelig synd. Skam og fordommer, noen ganger ispedd latterliggjørelse omkring sinnslidelser er levende i vår egen kultur den dag i dag.

I kjølvannet av Pinels «lille revolusjon» vokste bevegelsen *Traitement morale* («moral treatment») frem i Europa og USA i 1820-30-årene. (Betegnelsen kan riktigst oversettes med «psykologisk behandling»). Prinsippet innebar en holdning til pasienten preget av respekt, vennlighet og verdighet, – men om nødvendig også av paternalsk begrunnet tvang og kontroll av mennesker som ikke forsto sitt eget beste. De store asylene som samtidig tok til å se dagens lys, reflekterte denne tendensen. De ble snart overfylte og kom også til å representere en atskillelse og utskillelse av de psykisk lidende fra samfunnet for øvrig.

Siste generasjons nedbygging og de-institusjonalisering i USA og Vest-Europa har innebåret en kraftig motreaksjon: pasientene er sluppet «fri», men til hva? «Frihet fra behandling!» vil noen ganger være én realitet. Temaet representerer en aldri avsluttet dispuTT i vestlig psykiatri – på den ene siden mellom den enkelte og samfunnets interesser – på den annen side mellom den enkeltes absolutte frihet (f.eks. til å gå til grunne) og samfunnets paternalske inngripende omsorg. Statens økonomiske gevinst ved masseutskrivningene fra vestlige asyls er en politisk beveggrunn som synes vanskelig å se helt uavhengig av ideelle slagord om pasientens autonomi.

## En medisinsk spesialitet

*«Fra religiøs til scientistisk moralisme»*

Bevegelsen og utviklingen fra Pinel førte, nærmest som en naturlov, til at psykiatrien ble en disiplin, en spesialitet, som med selvfølge ble inkorporert i den øvrige medisin. Psykopatologi ble av den akademiske medisin sett og

administrert som sykdom, som andre sykdommer, med sitt eget spesifikt syke organ, nemlig hjernen.

Denne «erkjennelsen» innebar optimisme, i sin ekstreme form ironisk betegnet som «hjernemytologier»: Wienerpsykiateren Franz Joseph Gall (1758-1828) laget detaljerte kart over den hjerneanatomiske lokalisasjon av samtlige sentrale psykiske funksjoner. Slutningene var heller fantasifulle. Oppfatningen om at psykiske prosesser hadde fysiske tilknytninger, antas å gå tilbake til legen Posidonius i det fjerde århundre. Forbildet for psykiatriens diagnoser fantes i indremedisinens nosologiske modell med sykdomsenheter. Posisjonen var dogmatisk. Ikke minst med Wilhelm Griesinger (1817-1869), som regnes som grunnleggeren av den akademiske psykiatri i Tyskland, (6) står vi her overfor etableringen av en psykiatrisk positivisme. Betegnende nok ekskluderte Griesinger i sin fremstilling ethvert kjent historisk eller kulturelt aspekt ved psykopatologi. Denne utviklingen har vært betegnet «Fra religiøs til scientistisk moralisme». Med tanke på sosiale og behandlingsmessige konsekvenser kan en stemme fra vår tid hevde at tror man virkelig på myten om at den vitenskapelige psykiatri forvalter de eneste fornuftige tiltak, er det mye man kan tillate seg i et lukket og autoritært system (7).

Men medisinerens erkjennelse var ikke helt unison. Fra midten av 1800-tallet fantes en absolutt opposisjon, «psychikere», til disse «fysikerne». De hevdet sinnslidelsenes årsak og område som et gebet helt frigjort fra hjernen, men tapte snart sin innflytelse vis-à-vis «fysikerne». Denne markante polariseringen i oppfatninger av hva psykiske lidelser i det hele tatt skyldtes og besto i, finner imidlertid gjenklang i grunnleggende motsetninger gjennom hele psykiatriens to hundre år gamle historie, mellom såkalt «biologisk» *versus* «psykologisk» orienterte psykiatere. Denne klassiske kontroversen var opprinnelig hovedsakelig av ideologisk art, mens siste generasjons empiriske landevinninger har gitt «biologene» mer bastante argumenter, men da med innebygget fare for en enkel reduksjonisme.

Opprinnelsen til den nosologiske «medisinske modell», som nærmest ble et skjellsord og forkjetret av antipsykiatrien på 1970-tallet, representerte på sin tid like fullt en humanisering og «frigjøring» for de sinnslidende: Personen led nå av en *sykdom*, han eller hun var ikke et *moralsk suspekt individ*.

## Reduksjonisme – biologisk og psykologisk

«*Nothing but ---*»

Hjernemytologiene kan stå som skoleeksempelet på reduksjonisme i psykiatrien. Fenomenet – for eksempel en alvorlig depresjon – blir redusert til én enkelt grunnleggende mekanisme: Selve årsaken blir gjort til det vesentlige, avskrellet alt utenomsnakk. Fenomenet som sådan visner vekk i hele sitt komplekse mangfold, i sin virkelighetsgehalt. Men den pragmatiske sannhet ligger for terapeuten blant annet i å forstå i sin komplekse sammenheng de ulike aspektene ved depresjonen hos det enkelte menneske, «multifaktorielt», eventuelt synergistisk, om man vil.

Psykoanalysen har på sin side også en reduksjonistisk dimensjon når det meste stort sett kan forklares, eller mer presist: føres tilbake til et enkelt grunnleggende tema, nemlig ett eller annet omkring barnets seksualitet.

Som en form for «sosiologisk» reduksjonisme kunne vi trekke frem *sosialkonstruksjonismen*, med sin eiendommelige utsjalting av den biologiske dimensjon, og basert på en dels utdatert sosialpsykologi. I 2008 er retningen hovedsakelig et akademisk-teoretiserende fenomen.

Dagens psykiatri, barnepsykiatri og utviklingspsykologi lener seg tungt til aktuell atferds- og hjerneforskning. Det store og gjennomgående tema er ikke bare å få tegnet opp den totale «brain-mapping», men å forstå det uhyre subtile gjensidige samspill mellom gener og biologi på den ene siden og psykososial utvikling og miljø på den andre.

Reduksjonisme er både årsak og virkning når det gjelder universalforklaringer, noe psykiatrien har sett en del av. Overgangen til ideologier er ofte kort.

## Degenerasjonslæren

«*Alle kunstnere er degenererte*»

Fra samme entusiastiske senere 1800-tall vokste degenerasjonslæren fram. «Synlig arv», for eksempel i form av særpregede eiendommeligheter i ansikt eller hode hos de gale viste hen til arvens skjebnetunge og ufrakommelige lodd og merke. Begrunnelsen fant, kuriøst nok for oss i dag, sine røtter i Det gamle testamente: Etter Adams fall, fra fullkommenheten til utdrivelsen av paradiset, ble han syndbefengt, med forringet helse, og med de videre tilhørende følger for individer og samfunn. Denne degenerasjonen ble så videreført fra generasjon til generasjon (8).

At idéer som dette også ble applisert på nyere kunst og kunstnere ut over på 1800-tallet, tør snarere ses som like arrogant som pussig (9). Langt mer

uhyggelege følger fikk den diletantiske anvendelse i nazismens raseteori. Franz Joseph Gall kommer vi heller ikke utenom i den forbindelse. Hans prinsipper for fysisk antropologi ble grovt misbrukt gjennom nazistenes forkvalede tankeformer. Gall representerer en avgjørende ny tanke innen psykologi og psykopatologi: Ettersom de psykiske funksjoner har sitt sete i hjernen, og hjernens utvikling, form og vekst er med på å forme både ansiktsform og hodeform, kan man i sin tur avlese sjelsegenskaper av fysiognomi og skalleform (frenologi).

Øvelser i «Physiognomikk», tolkning av ansiktsformer, ble en utbredt populær beskjeftigelse ut over hele 1800-tallet, for både leg og lærd. Selve idéen hadde gamle, intuitive røtter. Allerede i middelalderen hadde man forestillingen om at et menneskes utseende avpeilte dets indre. En krøpling kunne ha en forkrøplet sjel osv. Johann Kasper Lavater (1741–1841) (10), en sveitsisk teolog, hadde foregrepet Gall noe, når han korrelerte fire grunnleggende fysiognomi-typer til de fire kroppsvæskene. I henhold til den hippokratiske lære var det aktuelle temperament direkte relatert til den enkelte kroppsvæske, fortrinnsvis i form av en dominans, så som svart galle hos melankolikeren osv. Men presten Lavaters anliggende var den allmenne betydningen av å forstå sine medmennesker via deres karakterforskjeller.

### Kategorier eller dimensjoner?

*«Hvordan kan det ha seg at filosofer, poeter og politikere er oversvømmet av svart galle?» (Aristoteles).*

Tradisjonen fra Hippokrates representerer det tidligste europeiske ideal om vitenskapelighet og rasjonalitet. «Fra gudenes vrede til sykesengen» har denne overgangen vært kalt. Fra besettelsesforestillinger til kliniske, empiriske observasjoner kombinert med klassifikasjon. Av alvorlige sinnslidelser beskrev og rubriserte hippokratisk tradisjon således tre hovedtyper: melankoli, mani med feber samt mani uten feber. Dagens psykiatri vil noenlunde kunne gjenkjenne typene.

Man anså videre at ubalanse eller særlige «preferanser» i de fire kroppsvæskene lå til grunn, men også at miljømessige faktorer kunne være av betydning, i alle fall som utløsende sådan.

Videre finner vi fra antikken av grunnleggende «tallmodeller» i forsøket på å fatte det u håndgripelige. Idéen om sjelens tredeling går tilbake til Platon (Staten) med korrespondanser til kroppsavsnitt – tenkning, følelser, drifter. Psykiatrien har gjerne operert med tredeling i følelse, tanke og vilje. Et slikt tall-prinsipp har også vært karakterisert som «metafysisk», uten egentlig rasjonell-empirisk basis (11). Freud deler psyken inn i tre nivåer (bevisst,

førbevisst og underbevisst), i senere arbeider i *Super-ego*, *Ego* og *Id*. Ett fellestrekk ved alle disse modellene er at både lidelsene, de psykiske særtrekkenene og karakteregenskapene er å forstå som *kategorier*, dvs. som sluttede områder, noenlunde gjensidig adskilt. Ikke minst dagens amerikanske psykiatriske diagnose system, DSM (12), representerer således en Kraepelinsk renessanse (Emil Kraepelin, 1855–1926) gjennom en slik forståelsesmodell. Tilsvarende gjelder for fenomenet «komorbiditet», som har vært en sentral psykopatologi-modell i senere års studier i psykiatrisk kartlegging.

## Empiri, rasjonalitet, suggestibilitet

«*Animalsk magnetisme/ Mesmerisme*»

Den østerrikske legen Franz Anton Mesmer (1734–1815) drev i Paris på 1770-tallet en praksis som vakte allmenn oppsikt, hovedsakelig i form av hypnoterapi, til dels i gruppesammenheng. Pasientene var rekruttert fra byens øvre borgerskap og aristokrati. De terapeutiske resultatene var forbløffende. Hans egne beskrivelser representerer de tidligste kliniske skildringer av nevroses. Mesmers egen teori om effekten var at pasientene – via kontakt med jernstaver nedsenket i svovelsyrebad – fikk del i et elektromagnetisk kraftfelt.

Den furore behandling og resultater vakte avfødte opprettelsen av en undersøkelseskommissjon, med Benjamin Franklin (1706–1790) som formann, (et annet medlem, Dr. Joseph-Ignace Guillotin (1738–1814), ble mer berømt for en annen oppfinnelse). Konklusjonen ble at det (bare) dreiet seg om innbilning («*imagination*»). Ett av komitémedlemmene dissenterte imidlertid og sa at selv om effekten ikke var rasjonelt forklarlig, så var det noe som skjedde.

Tablået kan illustrere to forhold som ofte har dukket opp i medisins historie: For det ene en viss skepsis vis-à-vis klinisk empiri som medisinen ikke har rasjonelle forklaringer på ( gjerne arkivert som tilhørende for eksempel alternative metoders domene). For det andre at selv om en terapeutisk effekt er indiskutabel, kan selve teorien for det legen foretar seg, eller tror han foretar seg, være «helt hinsides» (!).

## Desperasjon – monomani

*Nobelprisens prestisje (?)*

Det blir nærmest umulig å forstå og sette seg inn i hva psykiatrien har forestått av dramatiske, desperate og skadelige terapeutiske inngrep – også i det 20. århundre – om man ikke kjenner utgangspunktet, dets tid og

forutsetninger. Før nevroleptika på 1950-tallet på avgjørende vis revolusjonerte pasientenes liv og derved også sykehusenes indre liv, sto pleiere og leger overfor sinnslidende mennesker som kunne være livsfarlige i sin ferd, andre som hadde en hjerteskjærende lidelse uten at det var tiltak som kunne hjelpe, og noen som var totalt avstengt fra all medmenneskelig kontakt. Lobotomien er for oss i dag det mest opprørende eksempel på bestrebelse for å møte alt dette. De faglige rapporter var lovprisende og optimistiske. Grunnleggeren, Egaz Moniz (1874–1955) fikk sogar Nobelprisen i medisin i 1949.

1900-tallet var vitne til mange slags inngrep, ikke minst kirurgiske, – *drastika* – som vi i dag vil si var like drastiske som inhumane, så som ekstraksjon av samtlige tenner, oöphorectomi, med mer. De aktuelle utøvere synes å ha vært nærmest monomant opptatt av etiologiske enhetsforklaringer.

En noe selsom gjenganger blant sykdomsårsaker gjennom hele 1800-tallet var onani, med dennes antatte årsaker og virkninger: Både medisinerne, inklusive psykiatere og legfolk var overbevist om at onani var en av hovedårsakene til alvorlige sinnslidelser; «selvbesmittelsen» avslørte seg blant annet ved « –misstemning, engstelse, tristhet, uvirksomhet, sorg, religiøse grublerier, mistenksomhet, unnvikende blikk, treg avføring» (13). Mang en yngling må formodes å ha kjent seg avslørt. Som folkeopplysning har diskusjonen om onani saktens skapt flere nevroser enn den har forhindret.

Disse gjengangerpregede temaene fra psykiatrifagets historie demonstrerer hvor nærmest instinktivt handling har fulgt idé; og at den videre vei til ideologi og ny dogmatikk ikke har vært lang. I denne sammenheng kan vi like fullt ikke la være å holde for øye at det ofte dreiet seg om *idéer unnfanget i desperasjon*.

Å (be)dømme historiske forhold kun på vår samtids premisser vil en hver faghistoriker alltid se som svært tvilsomt. Det gjelder også for psykiatriens historie.

## Det ubevisste

*«Det er alle slags gamle avdøde meninger og alskens gammel avdød tro og slikt noe. Det er ikke levende i oss, men det sitter i allikevel, og vi kan ikke bli det kvitt».* (Ibsen: *Gengangere*)

Det meste av dagens vestlige psykoterapeutiske teori og praksis forholder seg på en eller annen måte til Sigmund Freud (1856–1939), om ikke annet så i en stadig kontrovers. Han plederte en human og forstående holdning



til pasienten. Symptomene var forståelige ut fra pasientens liv. Legen skulle lære livshistorien så godt å kjenne at han kunne skrive en novelle om det.

Freuds teoretiske læreverk, psykoanalysen, utgjør imidlertid en evig uavsluttet disputt hva angår dens vitenskapelige basis. Teorien, som også ble en antropologi og en kulturideologi, var både en frukt av og ble en videre begrunnelse for selve behandlingsmetoden.

Freud utformet en altomfattende teori for psykens struktur og dynamikk. Det ubevisstes krefter *versus* kulturens krav (*Id versus superego*) ble en hovedmodell for etableringen av intrapsyriske konflikter. Han anså selv psykoanalysen som den egentlige begynnelse til psykiatriens historie. (Noe forskjellig fra denne ubeskjedenheten er Shorters karakteristikkk av Freuds verk som et «hiatus» i psykiatriens historie (!) (14)). Freuds frafalne «kronprins», Carl Gustav Jung (1875-1961) utvidet det ubevisste til også å omfatte «det kollektivt ubevisste», om kulturen og individenes nedarvede reservoar av grunnleggende tanker og bilder (kfr. *Gengangere*-sitatet).

Forestillingen om det ubevisste og dets krefter var europeisk tankegods lenge før Freud. Rett nok har han ikke minst demonstrert betydningen av det ubevisste for utformingen av psykiatriske symptomer. Så vel Augustin (354–430) som Cicero (146–43 f.kr.) omtalte disse indre kreftene. Den bemerkelsesverdige legen Paracelsus (Theophrastus Philippus Aureoleus Bombastus von Hohenheim) (1493–1544), forfektet et dynamisk syn på personligheten, og var den første som nevnte det ubevisstes rolle i nevrosene (15). Romantikken i Tyskland, med sin søken mot det grenseløse og anelsesfullt ukjente – både det ytre og indre – var en vesentlig forløper og inspirasjon for utforskningen av det ubevisste. E(rnst) T(heodor) A(madeus) Hoffmann (1776–1822) var en sentral eksponent.

Freud selv ga de store kunstnere og diktere tributt for forståelsen av det ubevisste og var bevandret i både Henrik Ibsens (1828–1906) og Knut Hamsuns (1859–1952) skrifter. Filosofer som Arthur Schopenhauer (1788–1860) og Friedrich Nietzsche (1844–1900) hadde berørt temaet, mer systematisert hos Edouard Hartmann (1842–1906) (16).

Vitenskapsfilosofisk kan psykoanalysen sies å ha en egenartet dobbelthet, med en positivistisk og dels naturalistisk preget basis mens den langt på vei er hermeneutisk i sin kliniske tilnærming. Som «global» teori om menneskets sjel har den ortodokse psykoanalysen blant annet. «overvintret» innen deler av humaniora, f. eks. i kjønnsforskning og litteraturvitenskap.

## Interaksjoner: mennesker virker på hverandre

«Den mest effektive måten å påvirke et annet menneske er karakteren til den som taler» (Aristoteles).

Ser vi på de store dramaer i verdenslitteraturen, fra Sofokles (ca. 496 – ca. 406 f.Kr.) til William Shakespeare (1564–1616) og Henrik Ibsen (1828–1906) tar handlingen alltid utgangspunkt i en familiekonflikt. At et menneske kunne bli «sykt» av selve det å leve i sin familie, har vært en gammel erfaring. Nevnte Paracelsus betonte samspillet mellom individet og omverdenen ved all sykdom; og han forkastet den hippokratiske lære.

Det var først etter Den annen verdenskrig at det ble forsøkt å sette den patologiske interaksjonen *per se* som selve årsaken til den psykotiske lidelsen. Ikke minst tok disse teoriene utgangspunkt i studier av kommunikasjonsmønstre i familier med et schizofrent (ungt) familiemedlem, altså som en helt konkret etiologisk og patogen faktor. Denne opprinnelige optimismen fra de entusiastiske 60- og 70-årene for å avdekke schizofreniens gåte er i alt vesentlige redusert, både blant psykoterapeuter og forskere. Men erfaringen omkring kommunikasjon har bidratt til at betydningen av interaksjon nu fremstår som en etablert sannhet, som patogen faktor så vel innen utviklingspsykologi (tilknytningsteori), familierterapi (selvsagt) og allmenn psykopatologi og psykoterapi. Men samtidig ser vi stadig eksempler på at interaksjon – som ideologi – blir holdt opp som selve hovedforståelse for all psykiatri.

## Tankens kraft

«Herre, bli kureret for denne tankesykdommen i tide, for den er farlig!»  
(Shakespeare: «Winters tale»)

Psykodynamisk psykoterapi har alltid vært grunnleggende orientert mot emosjonelle konflikter, i forståelse og i terapi. På et vis kan de siste par desenniers fremvekst av kognitiv psykoterapi kanskje ses om en slags motreaksjon til dette. Ego-psykologien hadde allerede betont den intellektuelle sfære av den menneskelige personlighet sterkere med hensyn til kurative ressurser enn hva psykoanalysen hadde gjort. Men den «kognitive» tradisjon kan skilte med relativt solid empiri, spesielt den dokumentert gunstige effekten på lette til moderate depresjoner. For filosofihistorien vil den kognitive tradisjonen forefalle nokså naturlig og forståelig i forhold til filosofenes tenkning om menneskesjelen, dens natur og dens beveggrunner gjennom århundrene. De erkjennelsesmessige røtter finner vi særlig hos antikkens stoikere. Seneca (ca.3 før Kr.f.–65 e. Kr.f.) og hans feller avviste

ikke betydningen av følelsene: mennesket skulle bare ikke beherskes av dem (17).

Hos Shakespeare omhandlet ovenstående sitat imidlertid snarere det motsatte forhold: «Kasus» (kong Leonides) led av sjalusiparanoia: Det var hans *tanker* som dominerte hans egne følelser og omgivelser på en destruktiv måte.

### Å forstå det uforståelige

«*This disease is beyond my practice. (...) More needs she the divine than the physician*» (Shakespeare: *Macbeth*)

Både *at* sinnslidelser forekom og *hvordan* de kunne ta de aktuelle former har til alle tider hatt noe mer eller mindre gåtefullt ved seg – ikke bare for fagprofesjonen. Hele det 20. århundres psykiatri har vært opptatt av hvordan en slik forståelse egentlig foregår, enn si er mulig.

De første eksponenter for den klassiske psykoanalyse representerte et visst overmott, ikke bare ved sin fordring om å representere den egentlige begynnelsen til psykiatriens moderne historie, men også ved sine ulike påstander om å forstå det meste av opphav og dynamikk ved psykopatologiens mysterier og utfordringer.

Parallelt med psykoanalysens utbredelse så akademisk psykiatri på kontinentet en annen epistemologisk tilnærming til forståelse og beskrivelse av psykopatologiske fenomener. Direkte inspirert av filosofen Edmund Husserl (1859–1938) utformet psykiateren og eksistensfilosofen Karl Jaspers (1883–1969) sin psykopatologi med utgangspunkt i hermeneutisk-fenomenologisk metode (18). Dette var også et korrektiv til rådende positivistiske oppfatninger. Vesentlige områder av psykopatologien ble betegnet som «forståelige sammenhenger», mens andre områder til forskjell ble rubrisert som tilhørende det naturvitenskapelige domene som «forklarlige sammenhenger» (19). Som basis for hva som kunne stå som forståelig bygget Jaspers på Wilhelm Diltheys (1833–1911) hermeneutikk (tolkningslære) (20). Dette var et instrument hentet fra humaniora for forståelse av det spesifikt menneskelige i historie og kultur. På tilsvarende vis forutsatte områder av sinnslidelser en særlig innlevelse. Det fenomenologiske aspekt innebærer da at pasientens innerverden søkes forstått i sin typiske og «allmenngyldige» struktur – ikke desavuert som noe «bare privat og subjektivt».

Men alt ved psykopatologien kunne likevel ikke umiddelbart forstås på innlevende vis selv om det forelå en fellesmenneskelig horisont mellom lege og pasient.

Ved begynnelsen av det 21. århundre tør den overordnede forståelsen av faget psykiatri karakteriseres som flerdimensjonal. Beslektet med dette

må feltet i sine årsaksforklaringer sies å være multifaktorielt. Vitenskapsfilosofene vil hevde at et grunnleggende problem ved faget – stadig vekke – er mangelen på en «overordnet» metateori (21).

## Misbruk og umenneskelighet i psykiatriens navn

### «*Paranoia reformatorica*»

I et eksposé som dette ville det være det kunstig ikke å nevne misbruk og umenneskelighet som er skjedd i psykiatriens navn.

Det tredje rike i Tyskland hadde et psykiatrisk kapittel, ufattelig, som så mye annet: Anslagsvis en halv million mennesker, hvorav en hovedpart var psykiatriske pasienter, ble tvangssterilisert, mens over 300 000, kanskje 500 000, ble avlivet i perioden 1940–45. De tilhørte menneskehetens mindreverdige, da således også med hensyn til arvemateriale.

På 1970-tallet ble det kjent i Vesten at politiske dissidenter i Sovjetunionen ble tvangsinnlagt i psykiatrisk sykehus på grunn av sin virksomhet; den vanligste(?) diagnosen var visstnok *Paranoia reformatorica*. En person som mente det kommunistiske system trengte å reformeres, måtte i sakens natur være gal, nærmere bestemt paranoid, på akkurat dette området.

De aktuelt ansvarlige sovjetpsykiatere på sin side stilte sine psykiatriske diagnoser mot bedre vitende – deres psykiatriske klassifikasjon og diagnostikk var identisk med den klassiske kontinentaleuropeiske.

Det som skjedde med psykiatriske pasienter under nazismen kan imidlertid umulig ses eller forstås ut fra faget psykiatri som sådan, at uhyrlighetene skulle ha selve sin rot i psykiatrien; det kan kun forstås som ett av mange uttrykk for nazismens menneskeforakt, kombinert med en pervertert autoritetsunderkastelse. Dét må omfatte også de delaktige tyske psykiatere.

Det må i denne forbindelse kommenteres at det vil være urimelig å slå tidligere drastiske behandlingsprinsipper, som for eksempel lobotomi, i hartkorn med dette, som ved enkelte retoriske utspill: Det er ingen rimelig grunn til å hevde at de berørte fagfolk mente, visste eller skulle visst at de gjorde noe kriminelt eller faglig uetisk.

På 1980-tallet vokste det på kort tid i USA frem et par fenomener, nærmest av epidemisk omfang og karakter: et stort antall personer (hovedsakelig kvinner) fikk i løpet av psykoterapi «klarhet» i at de egentlig hadde vært seksuelt misbrukt. Mange av disse fikk dessuten diagnosen «multippl personlighetsforstyrrelse». Ca. en tredel av den kvinnelige befolkning ble av enkelte fagfolk erklært for incestofre. Etter hvert ble det tydelig at det i enormt omfang forelå «*false memory*», som resultat av en innbilt eller inn-

podet erindring. Det hele var blitt hjulpet til live ved overivrige terapeuter – i kombinasjon med opphaussende media, offentlighet og advokater.

Innledningsvis nevntes Johan Weyers bidrag angående en rasjonell erkjennelse av selve eksistensen av alvorlige sinnslidelser. Sistnevnte tablå representerer noe absolutt motsatt – om enn med parodiske trekk – nemlig ukritisk overdiagnostisering av sinnslidelser.

## Sluttord

De kanskje mest kjente utsagn om hva man eventuelt kan lære av historien er at «det eneste man kan lære av den er at man intet kan lære av den» (visstnok Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831)), eller: at man «intet kan lære av historien, bortsett fra at man – om man ikke kjenner den – er dømt til å gjenta den». Sistnevnte poeng bør være tankevekkende, i alle fall som memento i forhold til temaene i denne artikkelen. Psykiatrien og psykiaterne bærer med seg i sine tankemønstre, forestillinger, forståelse og handlinger en flik – bevisst eller ubevisst – fra alle disse «prinsippene», forhåpentligvis bortsett fra degenerasjonslæren og misbruk i psykiatriens navn. I så måte kan den mest dagsaktuelle utfordring for dagens vestlige psykiatri være å besinne seg på den reduksjonisme som alltid ligger snublende nær i begeistring over de omfattende utvidede genetiske, nevrofysiologiske og nevroanatomiske kart. Forbindelsen mellom oppfatninger av mentale prosesser og følgene for terapeutiske inngrep må være åpenbar. I sin radikale konsekvens vil faget psykiatri kunne reduseres til klinisk nevrologi med særlig ansvar for avvik i atferd og opplevelser.

Ikke minst i vår medisinske samtids perspektiv på idealet om empiri og dokumentasjon over klinisk virksomhet må det stå som iøynefallende hvor mye av psykiatriens forståelse, teoridannelse og praksis gjennom tidene har vært dominert av bestemte idéer og forestillinger – inntil for ca. 100 år tilbake uten rasjonelt empirisk belegg.

Den artikkelen har ikke fokusert på *de terapeutiske konsekvensene* av de forskjellige fremholdte temaene. Dette vil imidlertid være hovedutfordringen – også etisk – for all praktisk-klinisk aktivitet. Å analysere, utdype og forfølge disse ulike sporene vil imidlertid måtte innebære å utføre særlige utredninger av betydelig omfang.

## Litteratur

1. Hermundstad G. *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999: 23–24.
2. Snorri Sturluson. *Kongesagaer (Heimskringla)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1964: 66–67.
3. Weyer J. *De praestigiis Demonum (1563)* Amsterdam: Bonset, 1967.
4. Høyersten J G. Som besatt! *Tidsskr Nor Lægefor* nr. 30, 1996;116:3602-6.
5. Pinel P. *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, 1801.
6. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Braunschweig, 1876.
7. Hermundstad, G. Ny forskning på psykiatriens historie i Norge, *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, Vol. 42, 2005, Nr. 1.
8. Morel B A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris: Baillière, 1857.
9. Lombroso C. *Genie und Irrsinn*. Leipzig: Reclam, 1887: 1–144.
10. Lavater J K. *Essays on Physiognomy. Destines to promote the Knowledge and Love of Mankind*. London: Holloway, 1789–1798.
11. Delay J, Pichot P. *Medizinische Psychologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1964: 273–4.
12. *DSM-IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
13. Kringlen E. *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001. 23.
14. Shorter E. *A history of psychiatry from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: Wiley, 1997. 145–8.
15. Mora G. Historical trends in Psychiatry. I: Kaplan, HI., Freedman, AM & Sadock, BJ. (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. III. Vol. 1. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980: 45.
16. Hartmann E. *Die Philosophie des Unbewussten*. 1869.
17. Høyersten J G. *Personlighet og avvik. En studie i islendingesagaenes menneskebilde, med særlig vekt på Njála*. Oslo: Tano/Aschehoug/Universitetsforlaget, 2000: 277–8.
18. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag. 1965 (orig. 1913): 47–49.
19. Radnitzky G. *Contemporary schools of metascience. Vol. 1–2*. Göteborg: Akademiförlaget, 1968: vol.2: 7–18.
20. Dilthey W. *Idéen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. Berlin: Berliner Akademien, 1894.
21. Olsvik, EH. *Psykiatriens fenomenologiske aspekter*. Bergen: Universitetet i Bergen. 2008. 388–399.

*Jon Geir Høyersten*

*Dr. philos., overlege*

*Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri*

*Haukeland Universitetssykehus*

*Sandviksleitet 1, 5035 Bergen*

*jon.geir.hoyersten@helse-bergen.no*