Fra det isolerede sind til det transsubjektive grundlag for det psykiske liv.

Interview med Bent Rosenbaum

Af Francisco Alberdi[1]

Introduktion.

Professor Bent Rosenbaum er psykiater, psykoanalytiker og træningsanalytiker (medlem af IPA). Han studerede medicin på Københavns Universitet, blev cand. med. i 1974 og dr.med i år 2000. Han er professor emeritus ved Institut for psykologi ved Københavns Universitet og overlæge på Psykiatrisk Center København.

Bent Rosenbaum har i Dansk Psykiatrisk Selskab været formand for forskningsudvalget, udvalget for psykoterapeutiske behandlingsmetoder og senere formand for Dansk psykiatrisk Selskab. I dansk psykoanalytisk Selskab har han været formand for forskningsudvalget, formand for bestyrelsen, European IPA chair of new groups og medlem af IPA board.

Han har igangsat en lang række forskningsprojekter og publiceret mere end 100 internationale og mere end 100 nordisk sprogede publikationer centreret primært om psykose, skizofreni og psykoterapi. Hans forskningsarbejde har været centreret omkring skizofreniens psykopatologi ud fra en psykoanalytisk og semiotisk synsvinkel samt om psykoterapi af psykotiske tilstande. Bent Rosenbaum er fortsat faglig aktiv som professor emeritus, overlæge ved Psykiatrisk Center København og som psykoanalytiker.

INTERVIEW

FA

Jeg tænkte på at det ville være en passende introduktion at starte med et Freud citat. Han spørger sig selv et

1. Francisco Alberdi, psykiater, psykoterapeut. Alberdi_olano@dadlnet.dk.

sted om, hvorfor han havde valgt en af disse umulige professioner, hvor en kan være sikker på forhånd, at de opnåede resultater ville være skuffende.

Jeg kan stille dig samme spørgsmål. Hvilken indflydelse har din familie eller din kulturelle baggrund haft på valget af psykiatrien og psykoanalysen som dit livs valg?

BR
Det er et meget interessant Freud-citat. Faktisk er det jo en sætning, et udsagn, som træningsanalytikeren anvender, når du selv starter din egen psykoanalyse:

"Hvorfor i alverden vil du være psykoanalytiker, når det er sådan en vanskelig disciplin. Hvad er det i dig, der har drevet dig hen imod psykoanalysens felt?".

Og på en måde, så synes jeg, at enhver psykiater burde spørge sig om det samme. Hvorfor vil jeg være psykiater? Hvad er det i mig, der driver mig mod at lytte til de vanskeligheder, som jeg kan forvente kommer fra den psykiatriske patient? Eller hvad er det i mig, der driver mig imod psykiatriens behandlingsformer og den psykiatrisk forskning – hvad enten det drejer sig om det biologiske, psykologiske eller socialpsykiatriske felt – og som gør mig interesseret i at udøve mit faglige virke netop der. Det spørgsmål fik jeg sådan set stillet relativt tidligt i min karriere.

FA
Meget tidligt må det have været?

BR
Dit spørgsmål om tidspunktet er interessant for så vidt det vedrører den rolle ens baggrundskultur spiller ind på den måde man udøver sit arbejde og de valg man tager i sin karriere. Især hvis man gennemgået en tværkulturel opvækst, hvilket jeg har gjort.

Jeg var i min ungdom meget optaget af jødisk mystik og Talmud. Talmud er jo læsningen af de fem mosebøger, hvor udgangspunktet er, at vi faktisk ikke helt forstår, hvad Skriften siger, så derfor er vi nødt til at diskutere det. Hvert ord er til diskussion. Det var en del af min indstilling og kropslige tilstedeværelse i de kredse, jeg dengang færdedes i.

Jeg blev meget tidligt optaget af forfattere som eksempelvis Erich Fromm. Det skete i puberteten. Han havde jo skrevet bogen 'Kunsten at elske', som jeg tog ned fra bibliotekshylderne, da jeg troede, den handlede om noget andet. Men jeg blev klogere og jeg blev interesseret også i resten af hans forfatterskab,

som jo inddrog ikke blot psykoanalysen, men også individets samfundsmæssige sociale, kulturelle og politiske aspekter. Det socialistiske, Frankfurterskolen, som Fromm var en del af, kom således ind tidlig i mit liv.

Jeg blev også tidligt optaget af Freud, hvis kulturelle baggrund jeg var bekendt med. Hans bog "Hverdagslivets psykopatologi" var jo noget, som handlede om hverdagslivets ubehagelige og somme tider morsomme oplevelser, såsom forglemmelser, fortalelser, fejltagelser og meget andet. Den bog, samt Drømmetydning og Tre afhandlinger om seksualteorien, blev også en del af min tidlige litteraturinteresse.

FA
Det har du fået med modermælken.

BR
Det har jeg fået med modermælken eller fader-slivovitz'en.

Inspirationen fortsatte i gymnasiet på Rødovre Statsskole, hvor jeg gik i en klasse, der havde en god biologilærer og som senere producerede syv læger. Dertil kommer tætte venskaber, som består endnu i dag. En af dem var Harly Sonne. Efter studentereksamen læste han Nordisk Litteratur og jeg læste til læge, men vi holdt sammen og blev i begyndelsen af 1970'erne sekretærer for en studiekreds i Nordisk Sommeruniversitet om "Semiotik og Psykoanalyse". Inspirationen fra den studiekreds og først fremmest fra dens leder, Per Aage Brandt, blev grundlaget for min efterfølgende interesse for og forskning i psykosens tankeformer og talemåder. Semiotik, fransk strukturalisme, kommunikationsteori og lingvistik, Freud og Lacan (første danske oversættelse af Lacan kom i 1973) blev elementer i mine og Harlys første publikationer i Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift og senere i bogen "Det er et bånd, der taler" (1979).

FA
Så det er fra den tid din grundlæggende interesse for Semiotik og psykoanalyse stammer.

BR
Ja, Per Aage Brandts genialitet var den unikke drivkraft, men kredsen omfattede også personer som Ole Andkjær Olsen og Simo Køppe, der jo i de efterfølgende år stod for udgivelsen af mange af Freuds centrale skrifter. Og på det tidspunkt udkom også den første danske udgave af nogle centrale artikler af Jacques Lacan.

FA
(holder bogen i hånden) Ja, den er et godt brugt, kan jeg se.

BR
Grunden til, at Lacan blev oversat tidligt var at der var stor interesse for fransk litteratur, fransk filosofi, fransk strukturalistisk lingvistik – og Lacan blev omfattet af denne interesse på linje med Benveniste og Saussure. Det var Per Aage Brandt, der bla. i bogen "Tegn, sætning, subjekt" (1974) sammentænkte udsigelsesbegrebet med psykoanalysen, hvilket senere blev grundlag for bogen "Det er et bånd, der taler" og min disputats (2000).

En anden medvirkende grund til at jeg valgte psykiatrien var, at der i slutningen af min lægeuddannelse fandtes en kreds, som kaldte sig FUP, Forening af Unge Psykiatere, som ville udskille sig fra kredsen omkring FYP, Forening af Yngre Psykiater. FUP-kredsen blev interesseret i mit arbejde, hvilket tidligt gav mig mulighed for ansættelser på Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og Sct Hans Hospital. Og ydermere, gav mig mulighed for at starte forskningsarbejde, hvis grundlag var video-optagede interviews med patienter med diagnosen skizofreni samt breve fra samme gruppe mennesker, hvis breve jeg fandt i journalarkiverne (primært i arkiverne på Sct Hans Hospital).

FA
Foretog du forskningen alene eller sammen med Harly?

BR
Harly video-optog interviewene og jeg interviewede patienterne. Det gav os mulighed for at skrive en række artikler i Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, og artiklerne cementerede dette, at det var muligt og vigtigt at tale med mennesker med i psykotiske tilstande.

I 1976 fik jeg en ansættelse på Sankt Hans Hospital hos overlæge Finn Jørgensen. Han var ikke psykoanalytiker, men socialpsykiater, men han var åben over for mig og mine holdninger, og det at jeg talte længe med de psykotiske patienter. Han havde heller ikke en traditionel psykiatrisk holdning over for mennesker med psykose. Hver dag sad der faktisk en kvindelig patient på hans kontor. Hun kom kl. 13 efter frokost og så sad hun og strikkede, mens han sad og læste i nogle bøger. Og hun strikkede et halstørklæde, eller to, eller fem, til ham. De sagde ikke meget til hinanden. Han var også interesseret i det, som patienterne sagde, men ikke på samme måde som jeg var. Jeg blev interesseret i kraft af de interviews, jeg lavede med patienterne. Jeg havde jo mange vagter, det havde man jo den gang, og det gav mig mulighed for at tale med patienterne om aftenen to tre gange om ugen. Patienter som havde været indlagt måske i årevis. Vi havde faktisk gode samtaler. Et

eksempel stammer fra den aften, hvor jeg sidder og taler med en gammel dame om forskellige ting. Og så lægger jeg mærke til, at hun sidder på sine hænder. Så siger jeg, at "jeg lægger mærke til, at De sidder på Deres hænder". Jeg spørger hende om grunden til det og hun svarer: "det er for at forhindre djævlen i at trænge op gennem mit anus". Det var jo sådan set en forståelig forklaring; man skal jo sidde på sine hænder, hvis man skal forhindre dette. Lidt efter spurgte jeg så, om jeg også skulle sidde på mine hænder. Det blev så en kort pause. Nej sagde hun med høj stemme: "så er De jo sindssyg". På den måde lærte man også meget om dobbelt bogholderi. Det gjorde man også når man var ude at rejse med patienterne. Dengang var der jo også rejser med psykotiske patienter til Grækenland blandt andet, og personalet lagde mærke til, at når patienterne kom derned, så viste de ikke så meget tegn på psykotiske symptomer. Patienterne spiste, og de drak, og de gik lidt tur, og de gjorde, hvad man nu skulle gøre, når man var på ferie.

Det var jo interessant. Også fordi dette skete samtidig med ideen om det terapeutiske samfund blev udbredt.

FA
Det var en revolutionstid, også i psykiatrien.

BR
Bestemt. Nordvang (Psykiatrisk afdeling Glostrup) havde allerede etableret et terapeutisk samfund og det kom så senere til Sankt Hans Hospital – dog mest for ikke-psykotiske patienter. I det Terapeutiske Samfund lærte man at have en anden holdning til patienterne end den traditionelle bedrevidende lægeholdning. Man var på afdelingen, man lavede mad sammen med patienterne, og man snakkede mere frit sammen med dem.

Man rev lidt billedet itu af psykiateren, som kun gik rundt i den hvide kittel og lænede sig op ad den medicinske diskurs.

FA
Et lille spørgsmål i den forbindelse. Som sagt, det var det på det tidspunkt en slags transformationstid, revolutionstid på alle niveauer, også i samfundet. Autoriteterne var ikke noget, som var særligt godt set på det tidspunkt. Familierelationerne var også under forandring, og det hele blev ligesom vendt op og ned. Og så tænker jeg på polariteten mellem på den ene side den mere humanistisk lyttende, forstående måde at forholde sig til patienterne på og på den anden side den mere klassiske medicinske model med neuroleptisk behandling af nogle velafgrænsede psykotiske symptomer. Hvordan

kunne dine kolleger i FUP og dig specielt, kombinere de to sider, de to paradigmer ind i hovedet? var det ikke konfliktfyldt?

BR
Der var forskellige tilgange til, hvordan samtænkningen kunne foregå. Neuroleptika kom i 1950'erne og spillede en større og større rolle. I min tid på Sct Hans Hospital diskuteredes det meget, om neuroleptika skulle give i høje eller lave doseringer. Men jeg tænker, at den gruppe, som var på den nye vej, tog "medicin-problemet" relativt let. De gik heller ikke så meget ind i den videnskabsteoretiske diskussion, som modsætningen jo egentlig handler om: Hvordan kan på den ene side den medicinske diskurs og på den anden side den enten hermeneutiske eller fænomenologiske eller den psykoanalytiske diskurs, samtænkes eller forenes? Er der en slags dialektik imellem dem? Eller forbliver de polariserede modsætninger?

Disse diskussioner begyndte historisk set relativt tidligt - ikke mindst under indflydelse af Freud, som i Entwurf einer Psychologie i 1895 forsøgte at forbinde nervesystemets måde at fungere på med det specifikt psykologiske domæne. Eller anderledes sagt: forsøgte at samtænke den medicinske diskurs med den psykoanalytiske diskurs. Flere steder antyder han, at det er som om vor viden om biologien - den medicinske diskurs og den biologiske videnskabelighed – ikke er kommet tilstrækkelig langt til vi kan hente nye idéer og mere inspiration fra den. Indtil videre må vi derfor i videnskabelig øjemed udvikle vores egne teoretiske ideer om, hvordan psyken er struktureret, og om dens funktion og dynamik. Men han holdt jo hele tiden fast på - også i sine forelæsninger i 1916-17 - at der altid ville være noget biologisk og noget tidligt opstået i personens liv samt noget senere opstået, som triggede og udformede symptomatologiens udvikling.

Det er også i Entwurf, at Freud beskriver case-eksemplet om Emmas fobi. Hun kommer ud for en episode i en købmandsbutik da hun er 8 år gammel, som er ubehagelig for hende (bliver knebet i skridtet af den grinende købmand), men som hun ikke helt forstår meningen med. Fem år senere kommer hun ud for en lignende situation i en anden købmandsbutik, hvor to ekspedienter griner af hende på en påtrængende forførende måde. Ubehaget ved denne oplevelse fører til, at Emma ikke ønsker at gå i forretninger alene.

Det er patienten selv, der spontant forbinder de to begivenheder (uden

at vide hvorfor). Den seneste begivenhed bliver forbundet baglæns med det der hændte hende fem år forinden. Begrebet "Nachträglichkeit" – dette at erindringen fungerer med både fremadrettet og tilbagevirkende kraft - blev introduceret dengang. Også på denne måde forsøgte Freud at kombinere, samtænke, den ene diskurs med den anden, den medicinske diskurs med den psykoanalytiske diskurs.

FA
Jeg kan godt følge dig, men jeg er mere interesseret i at høre, hvordan I selv håndterede konflikten den gang. Vi havde alle svært ved at kombinere de to synsvinkler og håndtere konflikten. Jeg kan huske en gang i begyndelse af 1980'erne, hvor det blev moderne at behandle psykotiske patienter med ret store doser neuroleptika. Og jeg kan tydeligt huske en ung psykotisk patient som ikke responderede på den dosis serenase hun fik. En af overlægerne, som var meget inde i den amerikanske biologiske forskningslitteratur, foreslog at patienten fik 50 mg Serenase. Vi unge læger den gang syntes, at det var for meget, at vi havde det utroligt svært med at give patienten den store dosis. Men det gjorde vi, med den konsekvens at den stakkels patient udviklede et svær akut neuroleptika syndrom. Vi var unge men ikke så oprørske, som vi burde have været, kan man sige. Men konflikten inde i os selv og med de medicinsk orienterede kolleger var ret udtalt.

Var I i stand til at sammentænke og forbinde de to retninger mere konfliktfri, hvis man kan sige det sådan?

BR
Jeg ved ikke rigtig, om det var lidt mere konfliktfrit. I 1980erne blev jeg i tiltagende grad opmærksom på, hvor slemt det kunne stå til med hensyn til samtalebehandling af patienter på de psykiatriske afdelinger, og i 1987 skrev jeg en kronik som jeg måske ikke skulle have skrevet. En journalist kaldte den et 'japansk selvmord', fordi jeg kritiserede den behandling, som foregik på hospitalet.

FA
Også på jeres afdeling?

BR
Ja, også med de store medicindoser. Men det var den traditionelle behandling i almindelighed, jeg kritiserede. Og det du fortæller om, lægger jo også op til hjernens årti i 1990'erne – det tiår år, hvor den biologiske del af psykiatrien fik en vældig fremryk, og det skulle den også have for at kunne bidrage med noget, der var betydningsfuldt for patienterne.

Det var dog også en trend med åben-

hed i 1980'erne. Overlæge Ebbe Linnemann sammen med psykolog Lise Rafaelsen inviterede en gruppe engelske analytikere, der kom over fire gange om året til Danmark, og dette blev starten på psykoterapikurserne på Klarskovgaard med deltagelse af en ny generation psykiatere og psykologer.

FA
John Vitger var vel også med?

BR
John Vitger fik en grundlæggende rolle på disse kurser. De gav anledning til, at han senere (i slutningen af 1980'erne) kunne medvirke ved grundlæggelsen af IPP, Institut for Psykoanalytisk Psykoterapi. De engelske analytikere og kurserne bibragte på den måde dansk psykiatri en anden form for liv.

I bogen "Det er et bånd der taler" (1979) undrer jeg mig over, at der ikke findes nogen psykoterapeutisk uddannelse i psykiaternes uddannelse. Det blev så de fem engelske analytikere, der foranledigede, at en række psykiatere og psykologer blev interesseret i det psykodynamiske perspektiv i psykiatrien – et perspektiv, som tidligere primært var støttet af personer som overlægerne Thorkil Vanggaard fra Rigshospitalet, Joseph Welner fra Kommunehospitalet samt Harry Stokholm fra Risskov.

I slutningen af 1980'erne havde vi endnu ikke haft et psykoterapiudvalg i Dansk Psykiatrisk Selskab. Det kom først i 1990'erne. Der skete en omvæltning, som gjorde, at mange af dem, som havde været på Klarskovgaardkurserne blev vejledere i psykiaterens kommende specialistuddannelse.

FA
Det var en brydningstid. Vi var ofte i konflikt med os selv. Hvor meget medicin vi skulle give patienterne, om vi kunne tillade os at tilbyde psykoterapi til vores patienter osv.

BR
De psykiatere, som ville udøve psykoterapi, selvom de også var for psykofarmakologi, fik lov til at udfolde psykoterapien. Det var deres måde at bygge bro på. Det blev et både-og. Uden at de nødvendigvis behøvede at tage stilling til det videnskabsteoretiske spørgsmål, de to diskurser over for hinanden. Det blev vi andre nødt til. Jeg blev jo tvunget til at tage stilling til det, i og med at jeg havde semiotik, psykoanalyse og psykiatri inden for min umiddelbare rækkevidde. Psykoanalysens fokusering på selvet, jeget, oplevelsen, det fortrængte, det ubevidste,alle disse nøgleord i psykoanalysen, var der jo ikke plads til i den medicinske diskurs. Så vi blev nødt til at holde de to diskurser

op mod hinanden og se, hvordan kunne der overhovedet skabes plads til dem? Kan der skabes en dialektik, hvor der siges noget i det psykoterapeutiske univers, som interesserer det biologiske univers, og omvendt noget i det biologiske univers, som interesserer det psykoterapeutiske univers.

Der kom jo en række neurovidenskabelige forskere, bl.a. Gerald Edelman der fik Nobelpris i 1987, og som var direkte interesseret i det psykoanalytiske felt. En anden forsker, Antonio Damasio, skabte en model for psyken, der omfattede 'proto selv', 'kerneselvet' og 'det autobiografiske selv'. Og man kunne også, blandt mange andre, nævne Vittorio Gallese, som opdagede spejlneuronerne, Joseph Ledoux, Jaak Panksepp, Mark Solms, Louis Cozolino, mm.

I og med, at disse videnskabsfolk var interesserede i at udvide den biologiske diskurs og fundere psyken som objekt, så skete der noget.

FA
Så opstod dialektikken i stedet for polariseringen mellem de to diskurser.

BR
Ja. Derudover skete der også en udvikling i mor-barn-forskningen fra 1960'erne og fremefter, hvilket gjorde, at den periode, som Freud ikke vidste så meget om - og hvor han funderede sin tænkning i begreberne: det orale, det anale, det fallis-ke og det genitale som udviklingsprocesser – kunne få nye perspektiver.

Jeg var i Amerika i 1985, hvor Daniel Stern fremlagde sin bog om og hørte ham fortælle om det emergente selv, kerne-selvet, det intersubjektive selv og det verbale selv. Det var stadier eller 'positioner', som blev udviklet indtil treårsalderen, hvor det verbale selv indfinder sig – det som psykoanalysen i den klassiske form beskæftiger sig med i form af symbolisering.

De sidste årtier er der kommet mere og mere frem om forestillinger, der ikke er eller kan symboliseres. Hvis man er åben forskningsmæssigt som psykoanalytiker, så har man der en mulighed for at videreudvikle nogle af Freuds idéer, men alligevel fastholde begreberne om de fundamentale psykiske strukturer såsom: "ubevidst, førbevidst, bevidst" og "jeg, det, overjeg, virkelighed".

FA
Så kommer jeg ind på din disputats om tankeformer og talemåder hos skizofrene patienter, semiotik osv., noget som du jo havde arbejdet med allerede som student.

I det første kapitel giver du en meget fin beskrivelse af den klassiske psykiatris hypoteser og teorier omkring tanke og tankeforstyrrelser hos skizofrene patienter. I næste kapitel går du lidt mere ind i fænomenologernes syn på det spørgsmål, og i det fjerde kapitel beskriver du det psykoanalytiske syn og udviklingspsykologiens indflydelse på det. Når jeg læser det nu, så tænker jeg, at det er en fin historisk kontinuitet mellem de forskellige skoler eller teorier. Men så tænker jeg, hvad er forbindelsen og modsætningerne mellem den fænomenologiske retning og den psykoanalytiske retning?

Jeg talte for ikke længe siden med Josef Parnas, som fortalte lidt om, hvordan han selv oplever forskellene. Men i de lærebøger i psykiatri vi havde den gang, talte man ikke om fænomenologisk psykiatri og endnu mindre om psykodynamisk psykiatri. Det var mere den klassiske beskrivende psykiatri fra de gamle klassikere, Bleuler, Jaspers osv., der blev nævnt. Det var heldigvis et enkelt fænomenologisk orienteret kapitel af Josef Parnas, som gjorde, at vi blev interesseret i den side af sagen. Men vi, der var interesserede i den psykoanalytiske retning, blev hængende i luften. Hvordan hænger disse retninger sammen? Kan de forenes? Kan de bidrage til hinandens forståelse? Kan de bidrage til den konkrete behandling af patienterne? Eller er de simpelthen så langt fra hinanden, at det er sådan set to parallelle veje, som man må vælge imellem?

Det, jeg savnede i din disputats, var omtalen af de forskellige teoriers terapeutiske konsekvenser. Kan man forene de forskellige teoriers syn på den konkrete patients behandling? Er der en komplementaritet mellem den klassiske psykiatris beskrivelse af psykopatologien, det fænomenologiske syn på selvet og den psykoanalytiske udviklingspsykologiske og strukturelle syn på psykopatologien?

BR

Når man hører interviews, som de fænomenologiske psykiatere laver med patienterne - det være sig EASE-interviews eller anderledes interviews - så er det jo interessant at høre hvad intervieweren får patienten til at sige og hvad patienten siger spontant. Det er interessant og betydningsfuldt, synes jeg, også ud fra en psykoanalytisk vinkel. Jeg synes, det er betydningsfuldt, fordi man lytter til jeg'ets selvfremstilling i sproget. Hvordan oplever jeg'et eller selvet sig selv? Hvad er det, der karakteriserer den umiddelbare selvoplevelse? Det kan eksempelvis være følelsen af, at jeget ikke er rigtigt til stede, eller at jeget oplever, at kroppen er anderle-

des end alle andres selvoplevelse. Som en patient sagde til mig: "hvordan ved jeg, om mit jeg er mit jeg, og hvordan ved jeg, at mine tanker er mine tanker".

Det er måske et lidt groft eksempel, men denne beskrivelse af selvoplevelen er for mig at se betydningsfuld. Jeg synes, mange psykoanalytikere underkender måske dybden af den beskrivelse, fordi de sidder måske og tænker, hvilken tolkning skal jeg nu lægge ned over det sagte?

Så her ser jeg ikke en adskillelse mellem den fænomenologiske og det psykoanalytiske syn, men adskillelsen vil jo nok hurtigt komme ind, hvis man satte en fænomenologisk psykiater og en psykoanalytisk orienteret psykiater ved siden af hinanden, når patienten sagde noget, og man så spurgte den ene og den anden, hvad de hver især ville intervenere med.

FA
Ja, prøv at sige hvad du vil sige til det?

BR
I den psykoanalytisk orienterede psykiaters intervention ville det bagvedliggende begrebsapparat, "det ubevidste sanse-føle-tænkeapparat", komme frem i de spørgsmål og i den udsigelse, man ville inddrage patienten i.

Og sådan som jeg forstår den fænomenologisk psykiatriske tænkning så vil dens begreb om 'ipseitet' ikke blive udforske som en udviklings- og forandringsmulighed, og det vil heller ikke blive udforsket som en udvikling, der er afhængig af intersubjektivitet. Og det kan heller ikke udforskes ud fra den idé, at kerneselvet kan anskues som del af en mere omfattende psykisk struktur.

FA
Fænomenologerne vil nok påstå, at de netop fokuserer på forstyrrelserne i den psykiske struktur. Ikke i selve indholdet af det sagte, men i patientens psykiske struktur og netop i sammenbruddet af den psykiske struktur.

BR
Ja, de fokuserer på sammenbruddet af den psykiske struktur og den måde sammenbruddet viser sig på.

FA
Ja, præcis.

BR
Men de opstiller faktisk ikke en model for den psykiske struktur. Det er jo det, Freud gør.

Hans videnskabssyn er, at hvis vi skal forstå psyken som et forskningsobjekt, så vil en af de forståelser, vi

kan komme frem til ved at lytte til patienterne, ved at lytte til traumer som kommer frem under hypnosen, eller som kommer frem ved psykoanalysen som talekur, være, at strukturen "ubevidst - førbevidst – bevidst", kan ses som en fundamental struktur i psyken.

Jeg er ikke sikker på, at fænomenologer har psyken som forskningsobjekt. Men det har Freud faktisk. Og derfor, gør han meget for, at "ubevidst - førbevidst – bevidst" skal hænge sammen med "jeg, det og overjeg", og med fortrængning og med erindringernes funktionsmåde i psyken (Nachträglichkeit). Når du følger hans artikler, kan du se, hvordan han kæder disse strukturer i psyken sammen. Så jeg vil sige, at psykoanalysen er mere forskningsstruktureret end fænomenologien er. Jeg synes fænomenologien har filosofiens perspektiv som sit primære fundament. Freud er jo en forsker, der hurtigt kritiserer sine egne begreber. Ikke kun for at kunne arbejde videre med dem, men måske også for at kunne lægge dem til side. I det mindste for en stund. Han har mere forskningsperspektivet for øje.

Det jeg ville sige før - ved inddragelsen af Daniel Sterns interesse for den psykiske udvikling - er, at det er en videnskabelig måde at tænke på, at senere fremkomne idéer og modeller af psyken og deres integration i tidligere modeller er nødvendig for at forstå, hvad begrebet forskningsudvikling betyder. Det er rigtigt, at fænomenologien kommer med skarpe og relevante udsagn, der strider imod den traditionelle psykiatris udsagn i og med fænomenologiens fokusering på selvet. Og det er jo forkert at sige, at der slet ikke forekommer udviklingsperspektiver i den psykiatriske fænomenologis forståelse af selvet, men det er svært at se, hvordan dette selv udvikler sig videre ud fra de skitserede fundamentale modeller. Så det vil være der hvor jeg vil sige at vi er forskellige.
Og så i dette, at intersubjektivitet spiller en større og en anden rolle i det psykoanalytiske perspektiv end det gør i det fænomenologiske. I den psykoanalytiske lytten og forståelse er det ikke kun det patienten siger om sin subjektive forståelse af sit selv, som betyder noget, men også det, terapeuten siger jvf. begrebsparret 'overføring - modoverføring'.

FA
Kan man sige, at fænomenologerne er på en måde mere statiske? at de på en måde tænker på psyken som noget, der engang er skabt, og som er mere eller mindre skrøbeligt og kan bryde sammen, mens den psykodynamiske model er mere optaget af psykens udvikling og den psykiske løbende transformation og forand-

ring? Og at den også er optaget af den psykiske restrukturering efter sammenbruddet som terapiens mål?

BR
Ja, det er jeg enig i. Og man kan gå måske lidt videre, fordi man med det psykoanalytiske begrebsapparat kan forsøge at forklare, hvorfor et begreb ikke kan holde og derfor eventuelt må redefineres, forandres. Freud hævder eksempelvis, at 'fortrængning' er en psykisk funktion, der er med til at danne og strukturere det ubevidste, og at ophævningen af det ubevidst fortrængte er med til at forstå psykopatologien og en hjælp til helbredelsen.

Senere – i hans 1924-artikler om 'Neurose og psykose' og 'Realitetstabet i neurose og psykose' – kommer han frem til, at i begge tilfælde sker der nok en tilbagetrækning fra virkeligheden, men i neurosen er det en mindre tilbagetrækning, mens det er en totalt tilbagetrækning fra realiteten i psykosen. Og der sker yderligere det i psykosen, at det der er fortrængt, det bliver ikke bare fortrængt, det bliver forkastet (Verleugnung, Verwerfung). Og så skal man forstå, hvad han mener med begrebet 'forkastet'. At det forkastede dissocieres helt bort fra det ubevidste struktur og kommer tilbage i patientens virkelighedsopfattelse som en tanke. Altså som patientens tanke, ikke som noget, der sker i virkeligheden, men som noget, der sker i patientens indre, så at sige.

Så det, jeg vil sige med det denne lidt vanskelig forklaring, er, at i og med at psykoanalysen, sådan som jeg ser det, har begreber og begrebsstrukturer, som man prøver at arbejde med for at forstå objektet (psykens struktur og funktioner), så får man også en mulighed for at anvende begreberne i forbindelse med psykisk udvikling og patogenese. Mens, og det er selvfølgelig groft sagt, fænomenologien siger at, det er selvets skrøbelighed, det skrøbelige selv, der er problemet - hvad det jo også er. Men hvordan skal vi forstå skrøbeligheden? Et er, hvordan den viser sig på fænomenniveauet, men hvordan forstår vi den på begrebsniveauet, hvor begrebet skrøbelighed er sammenhængende med andre essentielle begreber til beskrivelse af psykiske tilstande? Det er der, jeg ser en forskel.

FA
Paul Møller, den norske fænomenolog, i hans sidste bog fra 2023, "Psychosis: risc and experience of the self" skriver han om psykoterapiens muligheder med psykotiske patienter. Fænomenologerne har jo et problem omkring psykoterapiens mulighed med psykotiske patienter, om hvilket type psykoterapi, man

skal tilbyde psykotiske patienter. Og så siger han noget som lyder næsten kleiniansk. Han taler ikke om differentiering mellem den psykotiske og den ikke-psykotiske del af personligheden, men siger alligevel at patienten har to dele, den ene del selvforstyrrelsesdelen, og så en del som er uafhængig af selvforstyrrelserne og som patienten deler med ikke-psykotiske mennesker. Man tænker her på begrebet dobbeltbogholderi. Han siger så, at fokus og interventionstype hvad angår selvforstyrrelsens del, den psykotiske del af personligheden kan vi kalde den, skal være af en helt anden karakter end interventionerne omkring den ikke-psykotiske del.

Problemet er, at han ikke har nogen forslag til, hvordan skal man så forholde sig til netop den psykotiske del, selvforstyrrelsens delen, andet end ved at lytte empatisk og prøve på at forstå og være indfølende med patienten. Ikke at forstå i psykologisk forstand, altså hvad er det for nogle mulige udviklingsmæssige eller traumatiske oplevelser som kan ligge bag sammenbruddet. Altså man skal tilstræbe en medmenneskelig og empatisk forståelse af patientens angst og smerte. Hvad angår den anden ikke-psykotiske del af patienten foreslår han at følge det vanlige psykoterapeutiske fokus på relationelle vanskeligheder, følelsesmæssige konflikter osv. Jeg ved ikke, om det er lidt af det samme man foreslår inden for det psykodynamiske syn for psykosebehandling, i hvert fald hvad angår den psykodynamiske støttende psykoterapi?

BR
Jeg synes, du fanger noget væsentligt ved ideen om, at det fænomenologiske perspektiv ikke rigtig har en teori om hvad gør man med den psykotiske del eller sårbare del af selvet? Og det er måske også sigende, at en fænomenologisk bog, som er udgivet for nylig, "Det skrøbelig selv", ikke har mange ord om psykoterapi.

Det kan man jo læse og forstå på forskellige måder, for det er jo begavede mennesker, kolleger, der har skrevet bogen. Fænomenologien har nok ikke så meget at sige om det lige nu. Selvom, jeg ved, at Borut Skodlar og Mads Gram Henriksen har skrevet en artikel om psykoterapi med mennesker med psykose, og den er kommet i et velrenommeret tidsskrift. Men det er mindre en undersøgelse af terapeutiske interventioner end en undersøgelse eller analyse af det sårbare selv. Så jeg tror, at du har ret i, at fænomenologien, den stringente psykiatriske fænomenologi, endnu ikke har fordybet sig i, hvordan vi skal vi beskrive og forklare psykosepsykoterapi som noget absolut væsentligt.

FA
Paul Møller nævner en passant Kohut og selvpsykologien.

BR
Artikler, som eksplicit forbinder psykoanalyse og fænomenologi er ofte skrevet af analytikere fra Kohuts Selvpsykologi. Og det er klart, at en psykoanalyse som fokuserer på Selvet og narcissisme, den patologiske del af selvet osv., må tiltale fænomenologerne. Så Poul Møller han ret i, at det er dér, man skal finde tilknytningen til det fænomenologiske. Det vil de sikkert gerne selv stå ved.

Men jeg mener fortsat, at der er en skillelinje mellem det fænomenologiske og det psykoanalytiske, selv om de på visse punkter læner sig op mod hinanden. Eksempelvis det, du nævnte med det sårbare eller det psykotiske selv, eller hvad vi nu skal kalde det, og det sunde selv. Denne distinktion findes antydet i slutningen af Freuds skrifter, som udgives post-humt, hvor han beskriver, at der efter hans erfaring i enhver psykotisk tilstand altid er en lille sund del af jeget, som betragter "det psykotiske spøgelse", der går hen over den psykiske oplevelses scene. Han beskriver denne del af jegoplevelsen som en dissociation. Hvilken del af jeg-oplevelsen, der dominerer, afgør hvor psykotisk personen fremtræder. Det var ikke den direkte anledning til, men burde måske have været det, at Bion i 1950'erne beskrev sin vigtige artikel om "The Psychotic and Non-Psychotic Personalities", hvor han ligeledes beskriver, at der altid er en ikke-psykotisk del, som man skal tage i betragtning i terapien med patienten, som er i en psykotisk sindstilstand.

Og så rejser det forskningsmæssige og det psykoterapeutiske spørgsmål sig: skal jeg begynde med interventioner relateret til den psykotiske del, eller skal jeg begynde med at lægge vægt på den sunde del? Kan jeg komme gennem den sunde del til den psykotiske del, eller skal jeg gå den anden vej, med de komplikationer, det kan medføre?

FA
Dilemmaet er vel et af fokusområderne ved den psykodynamisk støttende psykoterapi? Du har selv skrevet en meget god artikel om det?

BR
Tak. Den var inspireret af arbejdet på Chestnut Lodge. Hvis du læser Frida Fromm-Reichmann eller Arieti, så handler deres tilgang meget om, at vi ved skizofrene tilstande må acceptere, at vi står overfor en person med et andet tankesæt. Psykiaterne er nødt til at acceptere, at det, der siges i mødet med personen i psykotisk tilstand, ikke altid er umiddelbart er forståe-

ligt, og at samtalen ikke nødvendigvis er rationelt funderet, og at psykiateren ikke har patent på, hvad der er sandheden om virkeligheden. Psykiaterne skal i stedet komme med den holdning, der er beskrevet i Keats tanke (fra 1817) om 'negative capabilities': "the artistic ability to exist within uncertainties, mysteries and doubts, without any irritable reaching after fact and reason"

FA
Du har jo også haft en lang forskningsliv, også omkring forskning af psykoterapiens effekt og effektivitet. Det har du haft helt fra starten, kan man sige. Og i forbindelse med den psykodynamiske støttende psykoterapi af skizofreni tænker jeg på dit første store forskningsprojekt, hvad er det nu den hedder?

BR
Det nationale skizofreni-projekt.

FA
Netop, Det nationale skizofreni-projekt, som faktisk har skabt historie. Det er et af de projekter som bliver citeret igen og igen hver gang man taler om psykoterapi af skizofreni. Vil du fortælle lidt om hvordan projektet blev til, processen, resultaterne osv? Det var netop tale om psykodynamisk støttende psykoterapi af debuterende skizofrenipatienter, var det ikke?

BR
Så må jeg lige træde 15 år tilbage før Det Nationale Skizofreni-projekt. Det første projekt, jeg var involveret i, var faktisk inspireret af ISPS-sammenhæng. Jeg kom til Norge i slutningen af 1970'erne og mødte Svein Haugsgjerd, som var en stor inspirator for mig. Kendskabet til Svein førte til yderligere bekendtskab med psykiatere og psykoanalytikere som Endre Ugelstad (tilknyttet Kastanjebakken i Oslo) og Yrjö Alanen (initiator af projektet og behandlingsformen "Need-adapted Treatment). Dette førte til, at vi – ved ISPS kongressen 1981 i Heidelberg – mødtes i en Bierstube, hvor vi grundlagde NIPS, The Nordic Investigation of Psychotherapy of Schizophrenia. Projektet startede i 1983, omfattede afdelinger i hvert af de nordiske lande og kørte i fem år. Vi fik skrevet nogle artikler og fik udgivet en bog om det. Dette projekt blev inspirationen til i 1995 at samle en række danske afdelinger, som ved 1980'ernes psykodynamiske input var blevet interesseret i at bidrage til at forbedre behandlingen for patienter med psykose.

Vi fik samlet 16 interesserede afdelinger til Det Nationale Skizofreni-projekt (NIPS). Det blev til et trearmet projekt. Den ene arm var Opus, med afdelinger i Aarhus og i København. De 14 andre afdelinger

var interesserede i den psykodymamiske tænkning, men kun syv afdelinger havde psykodynamiske orienterede psykoterapeuter, der kunne give psykoterapi en gang om ugen til mennesker med psykose; drtte blev så den anden arm i projektet.

FA
Individuelt eller i gruppe?

BR
Det var individuel psykoterapi. Men der var syv andre afdelinger, der ikke havde mulighed for at tilbyde individuel psykodynamisk psykoterapi, og som derfor gav patienterne Treatment as Usual (TaU). Så patienternes behandling blev afgjort udelukkende af deres bopælsadresse.

FA
Du var der på det tidspunkt?

BR
Ja, jeg var ledende overlæge på psykoterapeutiske afdeling i Risskov på det tidspunkt, og arbejdede bl.a. sammen med Lars Thorgaard. Så NIPS var et behandlingsprojekt, som forløb med indsamling af data fra 1997-99, og som vi havde held med at få publiceret British Journal of Psychiatry og World Psychiatry. Resultaterne viste at OPUS og psykodynamisk psykoterapi havde statistisk set bedre effekt end TaU – både efter et års og to års opfølgning.

Vi lavede også en femårs opfølgning, hvor vi sammenlignede psykodynamiske psykoterapi og TaU. Ved femårs opfølgning var der ikke statistisk signifikant forskel de to behandlingsformer.

FA
Der har været kritik af undersøgelsen.

BR
Kollegaernes kritik var, at vores del af undersøgelse ikke var randomiseret. Det er rigtigt, at vi ikke havde individuel randomisering af patienter, men patienterne kunne ikke selv vælge terapien. Det, der valgte terapien, var deres adresse. Hvis de var tilknyttet en afdeling, der tilbød TaU, så indgik de i TaU-behandling. De kunne ikke selv vælge. Det var især Susanne Harder og mig som var penneførere på artiklerne der senere beskrev 2- og 5-års sammenligninger på TaU og psykodynamisk psykoterapi. Ved 2 års opfølgningen var psykodynamisk psykoterapi signifikant bedre en TaU – efter at patienterne havde modtaget psykodynamisk psykoterapi en gang om ugen i mindst et år. Ved femårsopfølgning udlignede forskellene sig. Det gjorde de i øvrigt også i Opus undersøgelse.

Så det var det nationale skizofreniprojekt, som samlede mange kolle-

ger. NIPS er stadig en af de få større undersøgelser om effekten af psykodynamisk psykoterapi ved psykose.

FA
Hvad med den dynamiske gruppeterapi, var det også en del af patienterne, der fik gruppeterapi?

BR
Ja, det var der nogle få der fik, men ikke fra projektets begyndelse; først efter at de havde afsluttet den individuelle terapi. Mathilde Lajer og Kristian Valbak skrev jo en manual for gruppeanalytisk psykoterapi for mennesker med skizofreni. Der blev desværre ikke skrevet så meget andet om det. Og det er lidt ærgerligt. For mig at se er individuel terapi vigtigt. Men i min begrebsverden har jeg altid forestillet mig, at det gruppeterapeutiske perspektiv også er vigtigt – ikke mindst fordi forståelse af gruppens forhold til det enkelte subjekt, oplevelsen af hvad er en gruppe i forhold til jeget, og hvordan jeg lytter til en gruppe og hvordan er mit jeg en del af gruppen, osv - disse spørgsmål er en væsentlig del af psykoseproblematikken.

FA
Spørgsmålet om common sense, kan man sige.

BR
Ja, common sense. Set fra subjektet side er der altid en jeg-du-relation, men derudover findes der også en jeg-gruppe-relation. Det var noget, jeg så skrev tidligere ved at omformulere Schreber-casen, som Freud havde skrevet om. Jeg var mere interesseret i homoerotikens end i homoseksualitetens problematik i snæver forstand. Freud tænkte heller ikke, at Schreber havde homoseksuelle problemer, eller havde svært ved at ville være homoseksuel. Der, hvor Schreber mødte sit psykiske problem, var da han stillede op til Rigsdagen men blev ikke valgt ind. Det var umiddelbart derefter, at han fik sin første sammenbrud. Så, når homogeniteten, den homogene gruppe, ikke accepterer eller fravælger mig, eller ser ned på mig, eller forkaster mig, eller undervurderer mig - når det bliver en konflikt for Schreber, så er det fordi situationen opleves svært traumatisk og forbundet med nogle konflikter han tidligt i livet har haft med faderfiguren og med senere i livet at føle sig psykiske sikker som autoritet i en homogen gruppe. Dette gav anledning til et psykotisk sammenbrud.

Dette at homogenitetens funktion og dynamik spiller en afgørende rolle i den psykotiske tilstand får mig til at tænke, at gruppeterapi kan blive et væsentligt element i behandlingen af personen med psykose. Det er fint, men måske ikke nok at få

etableret en stabil jeg-du relation, dvs. at patienten langsomt kan begynde at opleve sig selv i relation til den individuelle terapeut, som støtter ham osv. Men det er også vigtigt at kunne forholde sig til gruppen (familie, venner, kolleger).

FA
Du kommer ind på det, mig i forhold til den anden person, eller mig i forhold til gruppen, i din disputats omkring deixis-begrebet osv. Du kommer ind på det som en slags udvidelse eller psykisk udviklingstrin, eller hvordan skal man kalde det det?

BR
Min nye læsning – i min artikel om Schreber og i min disputats - går ud på, at autoerotik, narcissisme, homoerotik og heteroerotik er identitetsstadier. Autoerotik handler om libidinøs investering i de lystfulde ydre eller indre objektfølelser. Og etablerer derved tidligt en indre-ydre forståelse, en grænse oplevelse, vil jeg sige, i barnet. Så babyen har en fornemmelse af indre-ydre og har en fornemmelse af gode og dårlige sanseindtryk. Hvad der opleves ubehageligt bliver psykisk repræsenteret som 'ondt' - oplevelses- og jegnedbrydende - med aktuelle og mulige senere konsekvenser.

Så det er det første identitetsstadium. Det næste er narcissismen, som handler om at kunne fornemme og finde sig selv, kunne finde mig selv i den anden, og kunne spejle sig i den anden. Det handler også om, hvordan jeg'et strukturerer den anden i forhold til sin egen oplevelsesverden. Det er den tidlige narcissismes selv-anden problematik. Den tredje identitetstruktur handler om homogeniteten, altså gruppen af ensartede, homogene. Man kan måske, men alligevel ikke definitivt, spejle sig i en gruppe. En gruppe er jo en helhed, men også et utal af subjekt-subjekt relationer. Selvfølgelig kan der være momenter, hvor man pludselig oplever, at det gruppen taler om, ja, det er lige sådan, jeg'et selv oplever det. På den måde kan man spejle sig. Men gruppen består af forskellige subjekter, der retter sig ind på hinanden ved at forstå hinanden. Og spørgsmålet er: Kan vi komme til en slags common sense?

Selv-anden relationen hviler på spejling. Selv-gruppe relationen hviler på common sense; altså en fælles forståelse. Men dermed også en angst for ikke at blive forstået, blive udskudt og devalueret.

Og så den sidste identitetsform, som jeg i artiklen ikke rigtigt kommer ind på: det hetero-erotiske. Det handler mere om den periode i livet, hvor man i en periode har fundet sig

selv i homogenitetens rammer – eksempelvis i henholdsvis drenge- og pigegruppe, eller anden form for homogent fællesskab – og så gradvis eller pludseligt forlader fællesskabet for at finde sit jeg, sin identitet, i det, der er fundamentalt anderledes end ens eget ståsted, i heterogeniteten. Puberteten og ungdomsoprørenes år plejer at være gode eksempler på heterogenitetens fremkomst. Men interessant nok viser fremkomsten af heterogenitetens identitetsformer også at homogenitetens former samtidig vedbliver med at have en plads. Brud med normer, heterogenitetens grundlag, synes samtidig at danne grobund for homogene gruppedannelser. Det udviklede subjekts symbolisering synes således at veksle mellem heterogenitet og homogeniteten, og falder sjældent tilbage på narcissisme og autoerotik, som dominerende identitetsformer – selv om vi ikke helt kan frigøre os fra disse sindstilstande (jvf eksempelvis Trump).

FA

Jeg kommer igen til din disputats, hvor du i kapitel 4 kommer ind på den psykoanalytiske udviklingpsykologiske forståelse hvor du skriver noget som jeg tror er ret afgørende. Du skriver at der allerede præmorbidt skulle eksistere diskrete kommunikationsvanskeligheder, diskrete sproglige og diskursive vanskeligheder i deixis og udsigelse, dvs. i subjektets placering i jeg-duher-nu systemet. Disse vanskeligheder vil kunne få indflydelse på de ændringer i patientens seksuelle og sociale identitet, som indfinder sig senere, i puberteten. Og du slutter sætningen ved at sige, at tidlige forstyrrelser i deixis-funktionen kan være grundlag for den senere skizofrene patients forstyrrede tanker og oplevelser om sig selv og andre.

Du bringer frem en idé om et eller anden patogenetiske element. Det, som man tidligere har haft vanskeligheder ved kan komme til overfladen igen i puberteten, når tingene for alvor bliver symbolsk komplicerede. Det er ikke kun den narcissistiske relation til sig selv eller til den anden som kommer op - ikke engang homogenitetens spørgsmål. Nu kommer seksualiteten også med i spillet, og så bliver det ret kompliceret. Hvis den tidlig udvikling har været lidt skrøbelig, usikker, osv., så må det have en mulig indflydelse på det psykotiske sammenbrud. Netop i puberteten, kan man sige. Det er udviklingen som fænomenologerne ikke lægger så meget vægt på. De sidder der med en 19-årig ung fyr, som er blevet psykotisk, og prøver på at forstå det han oplever og taler om her og nu, mens du prøver på at forstå patienten i lyset af hans psykologiske udvikling. Her er måske også

en nuanceforskel mellem det fænomenologiske og det psykoanalytiske syn på problemet.

BR
De kommunikative forstyrrelser i udsigelsen, dvs. i jeg-du-her-nu-derdengang relationen lagde jeg vægt på i det kapitel du omtaler. Sådanne forstyrrelser kan ske før 3-års alderen. Jeg har også et afsnit med nogle tanker om sprogets pronominer og pronominalsystemets udvikling mellem det 2. og 3. år. Det er jo i den periode, hvor sproget rigtigt installerer sig. Det er bl.a. også derfor, at børnehavealderen starter ved 3-års alderen, og at man, når børnehavelæreren siger "nu går vi", så vender man sig ikke om og spørger "hvem er vi? Jeg kender ikke nogen her, der hedder vi". Barnet i børnehaven forstår, at 'vi' er en gruppe, som består af en række subjekter, som har to fundamentale jeg-oplevelser i sin grundstruktur. Det ene er oplevelsen af mit jeg som specielt, unikt, enestående, en guldklump; det andet er oplevelsen af mit jeg som almindelig, ordinært, en blandt mange, bare som alle de andre.

At kunne bære de to oplevelser uden frustration hører med til at kunne indordne sig i gruppestrukturen. Og det er denne balance, man opøver fra 3-års alderen og fremefter, og så håber man, den holder hele livet igennem. Så dette sker før, det er før du endelig får installeret den symbolske sprogbrug, hvor gruppebevidstheden, common sense, bliver installeret i sin endelige form.

FA
Noget mere grundlæggende end selve den sproglige tilegnelse?

BR
Ja, mere grundlæggende. Altså der, hvor subjektet ikke fuldt ud forstår, eller kan se sig selv uafhængig af det, der siges og gøres, men bliver indrulleret af det, der siges og gøres.

Så er det forældrenes, eller familiens, eller hvad der nu er for en signifikant anden som har betydning for subjektet som er altafgørende. Og hvis der ikke er driftstilfredsstillende, tillidsskabende, betryggende elementer i dine omgivelser, som gør at du føler dig elsket, respekteret, hørt og forstået, tryg, at din krop føler sig tryg - hvis der ikke er det, så vil det være sværere at forstå og opleve sig stabil i sin jeg-opfattelse overfor andre. Hvis man ikke har haft en tryg, tillidsfuld opvækst, så kan svigt opleves svært traumatiserende (devaluerende, isolerende, dødbringende) selv om de for andre ikke kommer til at have samme psykopatologiske effekt.

Og især at indgå i vi-strukturen er

vanskelig. Så en traumatisering, en oplevelsesmæssig traumatisering i udviklingsperioden 0-2 år kan have en afgørende senfølge-virkninger. Ikke mindst, hvis du er en krop, der er født med et forøget angstberedskab, og altså biologisk set har øget angstniveau. Hvis du er sådan, så vil det være endnu sværere at etablere et stabilt jeg, der kan indgå en jeg-du-relation og som kan indgå en jeg-vi-relation. Og det er det, der gør, at vi kan se psykotiske, psykose-nære oplevelser, også tidligere end i puberteten. Vi hører jo vores patienter beskrive, hvorledes de allerede fra barnsben syntes, at "jeg ikke var med i gruppen. Jeg var anderledes end de andre. Jeg tænkte og gjorde anderledes. Jeg ved ikke hvorfor, men sådan var det bare". Der var den følelse af ikke at være en del af en gruppe.

Det var den ene gruppe, som jeg oplevede som mennesker med psykose. Så var der en anden gruppe, for hvem puberteten var katastrofal. For på det tidspunkt skal man jo virkelig udfolde sit jeg, og virkelig have en stabilitet, og vide hvad du vil, og vide at du ikke kan alt, og vide at du bare er som andre. Det kan godt være, at du er ideel, men du er også bare normal, du kan også begå fejl, og det må du tage med. Det er ikke noget, der kan konciperes, hvis du ikke har den stabile jeg-oplevelse fra tidligere i livet. Det var sådan, jeg begrebsliggjorde det i det kapitel, du omtaler.

FA
Så vi taler om en periode som er mere grundlæggende end den periode, hvor symboliseringsevnen, evnen til at skabe symboler, metaforer, metonymier osv bliver grundlagt.

BR
Der skal være et grundlag før man kan udvikle symboliseringsevnen fuldt ud. Deixis var et begreb, der blev meget diskuteret dengang. Det var en tysk lingvist, Karl Bühler, som i 1934, som skabte begrebet. Han talte om Deixis am Oculus og Deixis am Fantasma. Det første illustreret i sætningen "Kan du se det derude – lige før var der en cykel, der kørte forbi derude". Deixis am oculos er det i sætningen der peger på noget, der kan ses med øjnene og forståelsen af sætningen kommer umiddelbart ved sanseapparatets brug. Og så talte han om Deixis am Phantasma: Noget, som pegede ind på fantasiens oplevelseselementer, deres sammenhæng og forståelsen af dem. Han havde de to begreber og de var meget betydningsfulde.

Det, jeg gør i min disputats, er selvfølgelig at udvikle deixis-begrebet endnu mere. Det var jo det, der var

mit forskningsområde, så det blev jeg jo nødt til. Alt det i talen, der får en "pege-funktion" ind i oplevelsesverden – i min oplevelse af dig og i din oplevelse af mig - bliver afgørende for, hvorvidt og hvorledes vi hver især oplever stabilitet, selvstændighed, autonomi, tro på dig selv, osv.

FA
Dig selv i sammenhæng.

BR
Ja, sammenhænge i det hele taget.

FA
Men så kommer vi videre til udsigelsen. Begrebet udsigelse er heller ikke et almindeligt dansk begreb.

BR
Nej, enonciation kom jo fra fransk og skulle oversættes, og det er rigtigt, at udsigelse ikke er et ord, der bruges på dansk i almindelighed.

FA
Der refereres ikke til udsagn?

BR
Udsagn er et mere almindeligt ord. "Han kom med et udsagn" siger vi, det er rigtigt, men vi kommer jo med utallige udsagn. Vi sidder her og taler, kommer med udsagn, men bag ved udsagnene er der en struktur. Denne struktur, udsigelsens struktur, har følgende form: "Jeg (1.p.) siger til dig (2.p.) ..… 'udsagn' (3.p.)". Dette er strukturen bag hvilken som helst sætning/udsagn, du kommer med. Disse begreber var en del af fundamentet i bogen "Det er et bånd, der taler". For at kunne forklare psykotiske tænkning som et brud på udsigelses-strukturen måtte vi hævde eksistensen af endnu flere bagvedliggende udsigelsesstruktur forbundet med den første.

FA
Strukturer som ligger forud for udsagnet?

BR
Forud for eller bagved. Det er klart, at i mit hoved kunne den bagvedliggende udsigelsesstruktur begrebsmæssigt være forbundet med 'det ubevidste'. Det ubevidste er jo heller ikke hverken forud for eller bagvedliggende. Det ubevidste agerer, når jeg taler og tænker og handler. Så jeg så en mulighed for at føre udsigelsesstrukturen ind i den dynamiske psykiatri og anvende den til analyse af psykotisk tale, tanker og kommunikation. Det empiriske materiale i min disputats bestod i breve skrevet af mennesker med langvarige psykose, mennesker uden tegn på psykopatologi samt interviews med mennesker med psykose. Nogle af Lacans teoretiske ideer blev et væsentlig bidrag til min udsigelses-

teori, især hans begreber om de tre sproglige ordner: DetnSymbolske, den Imaginære og den Reelle orden. Det var det som gjorde, at udsigelsesmodellen i disputatsen blev så kompleks og kompliceret - at jeg ville have relationen mellem det Imaginære og det Symbolske sammentænkt med en kompleks udsigelsesmodel. For hvad betød det egentlig?

Lacans begreb om det symbolske register er jo en hypotese om, at talen i det symbolske register er en tale, hvor vi forstår hinanden, men hvor vi også forstår at vi kan være uenige. Vi forstår også, at det, jeg siger, kan være uforståeligt eller kan være meningsløst for andre. Vi forstår ydermere, at vi er sammenbundne, men samtidig at individuelle. Vi har samme art følelser, men følelserne har også deres egen individualitet.

Hele dette symbolske register er stort set afkoblet i psykosen.

FA
Afkoblet, fraspaltet?

BR
Afkoblet eller fraspaltet fra det imaginære. Lacan siger, at det symbolske register ikke kan komme til udtryk i psykosen. Der kommer en masse sprog til udtryk, men det tilhører Imaginære register, det fantaserende, eller det Reelle, hvor ingenting hænger sammen, og ingenting er funderet i en sammenhæng. Han har jo den idé at det ubevidste består af et signifiantnetværk. Et netværk af signifiant'er. Og det er meget interessant med ordet netværk, for netværk har jo en række knuder, som gør, at signifianterne kan være forbundet med hinanden, men også tilfældigt associerede i en struktur. Ikke et system, men en struktur. Og det, der så er pointen ved psykosen, er, at nogle af de her knuder er afkoblet, billedligt talt klippet af. Så visse signifiantassociationer løber så at sige ud i ingenting. De hænger ikke mere sammen med andre signifiant'er. Og derfor opleves de som udefra kommet, ikke som en del af mig selv, men som noget, andre siger til mig, noget, jeg hører, noget, der er lagt ned over mig. Sådan oplever jeg'et sin tilstand i de psykotiske momenter.

FA
Du nævner også en af Lacans idéer om det Reelle. Det Reelle er det, der ikke kan symboliseres, det der ikke kan udtrykkes symbolsk i sproget.

BR
For mig at se, fungerer disse tre ordner som en fundamental struktur i os alle sammen. Det Reelle, det

Imaginære og det Symbolske er fundamentale begreber i vores forståelse af patientens og terapeutens talen og lytten. Terapeuten tilstræber at få den Symbolske og Imaginære sproglige orden til at dominere, men når behandlingen involverer personen i den psykotiske tilstand, så vil den Reelle og den Imaginære orden dominere. Og såvel behandlerens som patientens talen og lytten vil være påvirket af disse differentieringer. Jo mere den psykotiske sindstilstand dominerer, jo større rolle vil den Reelle orden spille og hindre, at dialogen kan bane sig vej gennem de Imaginære og funderes i det Symbolske. For at opretholde den terapeutiske alliance med patientens som er i psykotisk modus er det vigtigt at terapeuten selv kan fastholde forbindelsen til den Symbolske orden, selv om denne ordens basis ikke umiddelbart kan formidles til patienten.

FA
Så det, man gør i terapien med psykotiske patienter, er ret forskelligt afhængigt af om patienten er akut psykotisk og kaos dominerer situationen, eller om patienten er mere samlet og vi har områder, hvor vi er fælles om forståelsen af det, vi taler om. Det vi kan tilbyde patienten i denne bedre fase er at gå ind i det fælles imaginære felt. I håb om at komme frem til den fælles symbolsk verden, sådan at det reelle, det der ikke kan udtrykkes symbolske og som ligger nedenunder ikke udfolder sig.

Så det ikke får dominans.

BR
Det får lov til at blive liggende, kan man sige.

Den terapeutiske alliance er jo dette, at uanset om patienterne kritiserer mig, eller nedgør mig, eller bliver i angst, eller har det godt, så kommer de, fordi de i kroppen fornemmer en alliance. Den er i det Imaginære register, men enorm vigtig.

Det er blandt andet det, jeg synes, man skal lære yngre terapeuter, når de sidder med psykosepatienter. Prøve at forstå – forstå, hvad jeg som samtalepartner siger, når jeg skal prøve at forstå det, jeg ikke forstår.

Erfaringer fra psykosekurser, når deltagerne bliver spurgt om, hvad de som terapeuter ville komme af interventioner til patienten, er ikke sjældent: ”sådan tænker andre mennesker ikke”, eller ”det er ikke almindeligt at tænke sådan”, eller ”det er nok, fordi du er lidt psykotisk, at du siger det”. Så de ville komme med dommen eller evalueringen som forklaring. Men som vi snakkede om tidligere man må

erstatte dommen med ”the negative capability”. Det er enormt svært, når man er opdraget i en medicinsk diskurs. Det ligger så meget ved siden af det du er uddannet til som læge, at du af og til, måske ofte, skal fremtræde uvidende og tvivlende. Den attitude er meget lidt lægelig.

Og der kommer vi tilbage til noget, som vi ikke rigtig fik talt om tidligere. Jeg tror, at det at være opdraget tværkulturelt, giver indsigt i, at der ikke i dialogen med den anden eksisterer en altdominerende common sense.

At der skal gives plads til stærkt afvigende meninger, stærkt afvigende holdninger. De kan også interessante. Du skrev selv en artikel om for år tilbage.

FA
Ja, det var den gang jeg var midt i mit kulturchok i Danmark og min identitstransformation.

Jeg husker at vi den gang tog på ferie ned til Sydeuropa, og da vi nåede Paris fik jeg hver gang en fornemmelse af, at jeg hører til her. De ligner mig. De er præcis ligesom mig. Det var en ren fysisk fornemmelse. Det viser den store betydning kroppen har i identitetsfølelsen, og også i fællesskabsfølelsen, kan man sige.

BR
Ja, det er meget interessant. Hvornår skrev du din artikel i Agrippa? Var det ikke i 1993?

FA
Ja, det var der omkring.

Der skete meget den gang, også i psykiatrien. Sammen med neoliberalismen, privatisering og effektivisering kom det evidensbaserede paradigme. Det hvilede på den præmis, at hver patient skulle få en konkret diagnose, eller to eller tre, som gjorde dem berettigede til en lige så konkret, specifik behandling. Det var jo lidt af en revolution, den specifikke evidensbaseret behandling for den specifikke lidelse, et tankesæt som har skabt lige så mange nye problemer som den har løst.

Men verden går jo videre. Nu har psykiatrien fået en masse tiltrængte millioner, men så tænker jeg, hvordan opfatter vi psykisk sygdom nu, og hvad kan det blive det næste? Ideen om behandlingspakker, den evidensbaserede pakkebehandling, 8-15-20 samtaler til de specifikke diagnoser, er det mon noget som er kommet for at blive?

Kan du se en eller anden revne i denne ideologi, et eller andet som åbner op for muligheden for en

anden form for behandlingen for patienter med alvorlig psykopatologi? Noget i retning med den finske Need-adapted behandling for psykotiske patienter med fleksibilitet og mulighed for længerevarende behandling, inklusiv psykoterapeutisk behandling som tager hensyn til patienternes skiftende tilstand og behov? Hvordan ser du på behandlingen i fremtiden?

BR
Altså for mig at se, så er pakkebehandling en organisering af behandlingen, som på forhånd fastlægger, hvor mange gange, hvordan og i hvilken sammenhæng behandlingen skal foregå. Hvis du pludselig får en anden diagnose end den, du først blev henvist til, så bringes du over i en anden pakke. Den organisering tilsidesætter jo fuldstændig subjektivitet, subjektiv oplevelse, subjektiv forståelse, og tilsidesætter forståelsen af psykisk sammenhæng. Den ser bort fra den tid, det tager at begynde at forstå sig selv og sin lidelsesudvikling gennem et forløb, at se sig selv som en, der fortsætter fortid i nutiden og ind i fremtiden. At fastlægge på forhånd, at det kan gøres på 20 gange, er for mig meningsløst. Jeg frygter, at med den form for organisering, som jo er vældig comme il faut, vil det blive endnu sværere for patienterne at kunne føle en kontinuerlig udvikling i deres tilstand. Selv om der selvfølgelig også gøres mange positive ting, på den måde: man forsøger at hjælpe patienterne i arbejde, i skolesituationer, i sociale situationer, forsøger at være mere åben overfor et bredere aspekt af patientens interaktioner med omverdenen, og patientens udfoldelse i omverdenen. Man tilbyder også psykoedukative forløb, hvor man forklarer patienten noget om sygdommen, og hvordan de bør opleve sig selv, hvad de skal gøre for at komme ud bland andre og så videre. Her fastholder man igen et vidensperspektiv snarere end en uvidenheds perspektiv.

Og hvad angår de 10 milliarder, som psykiatrien har fået, så kommer det jo lidt an på, hvad de bruges til. Man vil gerne føre psykiatrien sammen med resten af det medicinske speciale. Og så er vi tilbage til det tidligere emne. For mig ville det være godt, hvis resten af de medicinske specialer kunne indse, at psykiatrien har noget særligt at bidrage med. Men lige nu ser det ud som om det modsatte er tilfældet.

Men det, der ligger under er, at nu skal vi have hjælp fra de andre specialer til at udføre vores arbejde. Patienterne er objekter, ikke? Ligesom de psykosomatiske tilstande er også rykket ud af psykiatrien. Da du var på Psykoterapeutisk afsnittet i

Nannasgade var psykosomatik en del af psykiatrien. Nu er det jo blevet en del af socialmedicin. Ikke fordi man ikke kan arbejde der, men det siger jo også noget om, at man tager fundamentet for at tænke psykosomatik væk. Og gør det til noget mere medicinsk: "Vi må kunne finde en somatisk 'fejl'et eller andet sted i kroppen, og det må vi arbejde med - med kroppens måde at håndtere sig selv på.

FA
Det lyder ikke særligt opmuntrende. Vi må håbe på de yngre generationers engagement.

Vi må stoppe for denne gang. Mange tak for din ærlighed!

Kort litteraturliste med nogle af de værker som omtales i interviewet:

Forslag til litt.

Rosenbaum, Bent., Harly Sonne. 1979. "Det er et band der taler". Analyser af sprog og psykosen. Gyldendals sprogbibliotek. København.

Rosenbaum, B. 1989. Freud og psykiatrien. *Psyke og logos*. Årg. 10, nr.1.

Rosenbaum, B. 1996. Nogle kardinalpunkter i psykoanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for sprogpsykologi.* Årg. 3, nr. 1.

Rosenbaum, B., Thorgaard L. 1998. Tidlig og vedholdende intervention ved skizofreni. En kort version af DNS-manualen for psykodynamisk individuel psykoterapi med skizofreni. Psykiatrisk hospital, Risskov.

Parnas, J., Zandersen M., Jansson L., Zahavi D. 2025. Det skrøbelige selv. Et fænomenologisk studie af det skizofrene spektrum. Nord Academic. København.

Rosenbaum, B., 2000. Tankeformer og talemåder. En undersøgelse af skizofrenes udsigelse, tankeforstyrrelse og kommunikation. (doktordisputats). Multivers. København.

Rosenbaum, B. "Das Unheimliche" og mulighed for at integrere det fremmede. 2006. *Psyke og logos*. Årg. 27, nr 2.

Rosenbaum, B., Harder, S. 2007. Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. *Int Rev Psychiatry*. 19(1):13-23.

Davidsen, K A., Rosenbaum, B., 2011. Fear of annihilation in subjects at risk of psychosis: A pilot study. Psychosis. Vol 4, 2. 146-160.

Harder, S., Køster, A., Valbak K., Rosenbaum, B. 2014. Five-Year follow-up of Supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: Long-term outcome in social functioning. Psychiatry, volume 77, issue 2.

Rosenbaum, B. (2023). Presence and absence – some psychoanalytic semiotic pre-conditions for the psychoanalytic work. Scandinavian Psychoanalytic Review, 45/1: 65-73. https://doi.org/10.1080/01062301/2023.2195586

Larsen, E.D. & Rosenbaum, B. (2023). Nachträglichkeit and psychoanalytic creativity. Scandinavian Psychoanalytic Review, vol. 46/1-2: 40-48

Published online November 2023. https://doi.org/10.1080/01062301.2023.2277095