**1.0 Introduktion**

Lad mig initiere nærværende specialearbejde med at tilbyde en kort opridsning af skizofreniens omfang og manifestering i Danmark og på verdensplan.

Skizofreni er en af de mest seriøse psykiske lidelser, man kender til, og kan således siges at være en del af centrum af psykiatrisk praksis. Ordet ’skizofreni’ stammer fra græsk, og betyder ’splittet sind’. På verdensplan er 1 % af verdensbefolkningen ramt af skizofreni, og lidelsen forefindes i forskellige lande, blandt forskellige kulturer og hos begge køn (Idrees et al., 2009).

Ifølge Psykiatrifonden har omkring 25.000-30.000 mennesker i Danmark i øjeblikket diagnosen ’skizofreni’, hvilket svarer til cirka 0.5 % af befolkningen. Hvert år får cirka 500 mennesker i Danmark diagnosticeret skizofreni, og 1 % af befolkningen vil i løbet af deres liv få diagnosen. Cirka 12.000 mennesker i Danmark er i øjeblikket i behandling for skizofreni, hvoraf 1000-1500 mennesker er under kronisk indlæggelse. De fleste med diagnosen ’skizofreni’ bliver syge i begyndelsen af deres tyvende leveår, men debutalderen svinger helt fra 14-80 år (Psykiatrifonden).

Der forekommer omfangsrig debat om hvorvidt diagnosen omfavner én bestemt lidelse, eller en variation af syndromer, fordi så mange forskellige og mulige kombinationer af symptomer manifesterer sig som påvirkende forskellige sfærer af det menneskelige liv. Af samme grund, anvendte den schweiziske psykiater, Eugen Bleuler[[1]](#footnote-1), formen ’skizofrenier’ – altså flertalsform – da han for første gang anvendte ordet ’skizofreni’ til at beskrive fænomenet.

Grundet lidelsens kroniske og alvorlige karakter, udfolder skizofreni sig på verdensplan som vidtrækkende årsag til funktionsnedsættelse, arbejdsløshed, fattigdom og sociale dysfunktioner, og undersøgelser af lidelsen anfører den som den 8. største årsag til funktionsnedsættelse på verdensplan (Rossler et al., 2005, 399-409), men på trods af denne enorme indvirkning, er noget så essentielt som diagnosekriterierne for skizofreni stadig vanskelige at definere og højt debatterede.

Gennem de rent formelle fakta og den omfangsrige debat om diagnosens karakter, fornemmes spørgsmålet om hvorvidt forståelsen af den skizofrene erfaring er en eksakt videnskab, hvor der kan foretages fysiologiske undersøgelser og forventes regelbundne og fuldt ud udtømmende svar indenfor en vis tidsramme. Den svært begribelige form på - og indhold af diagnosen ’skizofreni’ udfordrer den psykiatriske – såvel som filosofiske – verden til stadighed, og det er denne udfordring, dette speciale forsøger at tage et filosofisk dybdegående dyk ned i.

**1.1 Læservejledning**

I det følgende fremgår en indledende læservejledning til opbygning af specialet, samt valg og fravalg, der er væsentlige at klargøre, for at gøre læsningen, så problemfri og overskuelig, som muligt.

Specialet initieres med en gennemgang af hvorledes filosofi og psykiatri kan siges at have relevans for hverandre, for at tydeliggøre, hvorfor jeg har valgt at skrive et speciale, der tager udgangspunkt i et praksisfelt, der transcenderer det filosofiske felt. Efter problemformuleringen, introduceres analysestrategien, og i den forbindelse, det fænomenologiske - og naturalistiske paradigme, som gennem analysen introduceres som fundamentale tilgange til skizofreni. Efterfølgende introduceres klassificeringen ‘skizofreni’ gennem klassificeringssystemerne ICD og DSM, og i den forbindelse gennemgås ligeledes symptomer og tegn på skizofreni, som de udfolder sig i klassificeringssystemerne. Følgende en gennemgang af teori, som opdeles i de respektive paradigmer. Der startes ud med en teoretisk præsentation af fænomenologiske tænkere, efterfulgt af en teoretisk præsentation af naturalistiske tænkere. Teorien analyseres derefter på ad to omgange; analysen udfolder sig først i det, jeg har valgt at kalde en ‘opsamlende analyse’, for at danne overblik over de respektive teoretiske bidrag. Efterfølgende udfoldes den opsamlende analyse i en uddybende analyse, som munder ud i en diskussion af de fremsatte analysemomenter. Slutteligt konklusion, hvor der samles op på problemformulering, og perspektivering, hvor mulige måder at formulere videre arbejde med problemstillingen adresseres.

Læseteknisk skal nævnes at der forkortes – eller refereres til følgende referencer på følgende facon, som ikke umiddelbart er givet udfra den anvendte citeringsmåde:

* Standford Encyclopedia of Philsophy forkortes SEP
* Henvises der til et værk, der er inkorporeret i et andet værk, som for eksempel er tilfældet, når der henviser til Hegels *Who thinks Abstractly?* fra 1807, som optræder i Walter Kaufmanns *Texts and Commentary* fra 1966, lyder citeringen som følger: (Hegel, 1807 i Kaufmann, 1966)
* Ved referering til Edmund Husserls *Logical Investigations* henvises til sidste udgivede bind i 1921

**1.2 Fokus og baggrund**

I dette speciale undersøges skizofreni ud fra to dominerende paradigmer indenfor psykiatrien; naturalismen og fænomenologien. Baggrunden for dette er først og fremmest en filosofisk bekymring over det biologiske - og naturvidenskabelige bliks overlegenhed indenfor den aktuelle psykiatriske klassificering, diagnosticering og derved behandling af skizofreni. Reduktion af psykiske sygdomme som skizofreni til hovedsageligt at være resultat af hjernemekanismer manifesterer sig for eksempel ved massiv anvendelse af antipsykotika (ofte polyfarmaci), som behandlingsmiddel ved tilfælde af skizofreni (Sundhedsstyrelsen, 2011). Den mekanistiske forståelse af skizofreni, som udfolder sig som en betydelig del af nutidig psykiatri, kan siges at skildre en substantiel og deterministisk forståelse af mennesket, idet kausale sammenhænge i menneskets bevidsthed reduceres til kemiske reaktioner, hvorfor behandling af samme årsag hovedsageligt sker ved medicinsk kontrollering.

Den symbolske kløft mellem den naturalistiske - og fænomenologiske skole overvindes i nogle aspekter, hvor foreningen - frem for adskillelsen - af de to paradigmer er i højsædet. Dette ses eksempelvis ved implementeringen af samtaleterapi, samt det gennem ICD-10 og DSM-IV-TR officielle krav om at individets psykosociale forhold tages i betragtning ved diagnosticering[[2]](#footnote-2). I andre tilfælde tydeliggøres det til stadighed betydelige skel mellem den fænomenologiske – og den naturalistiske forståelse af skizofreni, hvorfor der således forekommer en paradoksal spaltning af diagnosen, som beskriver det ’splittede sind’. En sådan situation forekom eksempelvis da man diagnosticerede Anders Behring Breivik paranoid skizofren – denne diagnose skabte stor splid i den psykiatriske verden, og diagnosen endte i øvrigt også med at blive ændre til ’personlighedsforstyrrelser med psykopatriske tendenser’. I specialet vil jeg imidlertid søge at belyse hvorledes det ene paradigme ikke nødvendigvis behøver at udelukke det andet, og det er ud fra denne antagelse om at paradigmerne kan arbejde sammen, jeg foretager min fordybelse i skizofreniens væsen.

**1.3 Relevans**

Relevansen af at beskæftige sig undersøgende med skizofreni som psykisk lidelse fastslås af de i introduktionens fremsatte tal, der illustrerer omfanget af lidelsen. Hvorledes filosofien er relevant for psykiatrien, og omvendt, hvordan psykiatrien i det hele taget angår filosofien, er endnu et aspekt.

Anvendt filosofisk undersøgelse er muligheden for at transcendere det filosofiske felt og foretage et dybdegående blik på problematiske tendenser, der udfolder sig i andre selvstændige discipliner, som eksempelvis psykiatrien. En undersøgelse af den problematiske kløft i psykiatrien, gennem et blik på skizofrenien, kan være med til at anskueliggøre samt danne en teoretisk ramme, hvori løsningsmuligheder kan begynde at spire. Et sådant anvendt filosofisk arbejde indenfor et selvstændigt vidensfelt kræver imidlertid massiv videnstilegnelse af feltets indhold og præmisser, hvorfor et filosofisk arbejde indenfor psykiatri forudsætter en vis ydmyghed overfor initelt at tilegne sig feltets jargon, forud for at byde ind med filosofisk tænkemåde. Derfor er en stor del af mit arbejde med nærværende problemstilling ligeledes en teoretisk fordybelse ned i de tanke – og erkendelsesbevægelser, der manifesterer sig indenfor de respektive paradigmer, og som nødvendigvis vil gå forud for en filosofisk bearbejdning af den undren, specialet udspringer fra.

Som det vil fremgå, har det psykiatriske felt et filosofisk islæt i sig, i form af filosofiske retninger, som eksempelvis fænomenologien og eksistentialismen. Således har en lang række psykiatere beskæftiget sig med filosofien, eksempelvis Ronald David Laing (Laing), der var en af hovedfigurene i udviklingen af den eksistentiel-fænomenologiske psykiatri i 1960-1970’erne[[3]](#footnote-3); Klaus Conrad (Conrad), der arbejdede fænomenologisk med en gestaltanalyse af den begyndende skizofreni i 1958[[4]](#footnote-4), samt Karl Jaspers (Jaspers), der arbejdede fænomenologisk med skizofreni, som det vil fremgå i det følgende. Filosofien kan således siges at være en etableret nuancering i psykiatrien, i de sfærer, der nedprioriteres som følge af fokus på biologi, neurologi og hjernefunktioner i forståelsen af psykiske lidelser. Den filosofisk forståelse af skizofreni kan derfor betragtes som et modstykke til den nuværende kliniske forståelse. Ligeledes manifesterer det filosofiske islæt i psykiatrien sig som naturalistisk tænkning, i form af det såkaldte ’philosophy of mind’ paradigme, hvor bevidsthedens forhold til den menneskelige hjerne studeres[[5]](#footnote-5). Begge paradigmer er altså influeret af filosofisk tænkemåde, men hvor psykiatere som Laing, Conrad og Jaspers bevidst og offentligt positionerer sig som fænomenologer, er det i høj grad snarere teoretikere, der arbejder med psykiatri fra en anden vinkel end som psykiater, der erklærer sig naturalister, frem for praktiserende psykiatere. Dette vil vise sig i specialets præsentation af filosoffer og forskere Patricia Smith Churchland samt Christopher Boorse. Jeg ønsker her at tydeliggøre muligheden for at nutidig psykiatrisk praksis ikke er udpræget opmærksom på hvilket filosofisk udgangspunkt, der praktiseres ud fra, hvormed relevansen af et anvendt filosofisk arbejde indenfor feltet italesættes.

Med den filosofiske tankevirksomhed, søges der både at tænke forskelle og begribe sammenhænge. Således har filosofien, i modsætning til andre videnskaber, ikke et bestemt forskningsfelt, men der imod muligheden for at undersøge alt, og derfor også hvilken indflydelse, et hvilket som helst aspekt af virkeligheden har på helheden, et vice versa. I denne forstand, er det svært at forestille sig et aspekt af virkeligheden, der ikke skulle have indflydelse på helheden i en eller anden forstand. Ifølge G.W.F. Hegel (Hegel) er sandheden det hele (Hegel, 1807), og det er denne erkendelse, der italesætter det dialektiske forhold mellem relevansen af den filosofiske søgen efter sandhed og filosofiens relevans for det hele. Ifølge den danske filosof, Peter Kemp (Kemp), er filosofien først og fremmest ”(…) kritik, dvs. både en afklaring af grænser og muligheder for tanke og handling og et forsøg på at skelne mellem sandt og falsk” (Kemp, 2012, 9). I et anvendt filosofisk perspektiv, er det filosofiske blik på psykiatrien således en mulighed for rationelt at undersøge de tanke – og handlingsmuligheder, der kredser om skizofrenien. Hermed forstås en refleksiv undersøgelse af de begreber, og den viden, der udgør referencerammen for forståelsen af skizofreni, og heraf et filosofisk bidrag til den almen psykiatriske debat.

**1.4 Indledning til problemformulering**

Hegel fremførte i 1808 at det er for uuddannede og antiintellektuelle samfund at tænke abstrakt, idet en sådan tænkning er den nemme løsning. Man må således, ifølge Hegel, begribe fænomener i deres helhed, hvis man ønsker indsigt baseret på sandhed, idet det, at abstrahere et givent fænomen fra den helhed, det manifesterer sig i, er at abstrahere fra sandheden om fænomenet (Hegel, 1808 i Kaufmann, 1966, 113-118). En abstrakt forståelse af fænomener som skizofreni er derfor en abstraktion fra helheden, og derved sandheden, om skizofreniens væsen. Får en paradigmatisk tilgang til skizofreni således lov at stå som eneste reference til sandheden om fænomenet, bliver vor forståelse af skizofreni en abstraktion – ikke et udtryk for sandhed. På baggrund af dette, udfolder selve fundamentet for nærværende specialearbejde sig som en operationalisering af Hegels protest mod abstraktionstænkning, hvorfor hovedfokus er at bidrage til at bane vejen for et videre arbejde med at begribe skizofrenien i en helhed. En helhed, hvor paradigmatiske tilgange arbejder sammen, frem for ud fra individuelt formulerede sandheder, der postulerer at kunne udelukke andre tilgange til fænomenet, og som derfor i sin essens er en hegelsk abstraktion.

Således formulerede Hegel at formålet med hans protest mod abstraktionstænkningen var: ”(…) to reconcile the beautiful world with itself, although it does not seem to have a bad conscience about this neglect” (Hegel, 1808 i Kaufmann, 1966, 113-118). Hegel formulerer her hvordan abstraktionstænkning kan forekomme uden et varsomt blik overfor de konsekvenser en sådan tænkning kan have for vores evne til at begribe fænomener i sandhedens lys. Abstraktionen er således i sig selv ikke en trussel for indsigt baseret på sandhed, så længe man er bevidst om at en sådan abstraktion ikke er udtryk for hele sandheden. Er dette imidlertid ikke tilfældet, gør man sig selv ude af stand til at forstå verden omkring sig, idet verden bliver fremmedgjort overfor sandheden om sig selv. Denne tanke sætter jeg i relation til dannelsen af en såkaldt ‘kløft’ i psykiatrien, og derved i forståelsen af skizofreni.

På baggrund af disse indledende tanker, fremgår i det følgende den problemformulering, der danner grundlag for specialets udformning.

**1.5 Problemformulering**

*Hvordan kan en filosofisk analyse af de to psykiatriske paradigmer, fænomenologi og naturalisme, arbejde hen imod at udvikle et perspektiv på hvordan paradigmerne kunne arbejde sammen om at begribe fænomener som skizofreni?*

**2.0 Analysestrategi**

I det følgende fremgår overvejelser omkring den analysestrategi, der omfavner specialet.

I nærværende speciale er fokus på analysestrategi, idet analysen snarere udfolder sig gennem en metodisk fremgangsmåde end decideret metode. I anvendt filosofisk arbejde er det ofte vanskeligt at redegøre for en decideret anvendt metode, idet den filosofiske refleksion sjældent tilpasser sig efter et givent forudbestemt analytisk værktøj, med et på forhånd udarbejdet skelet. Således udfolder den implementerede analysestrategi sig som en operationalisering af Hegels protest mod abstraktionstænkning, og den metodiske fremgangsmåde følgeligt som en dybdegående filosofisk undersøgelse af de respektive paradigmer; deres grundbegreber; hvordan de hver især anskuer disse grundbegreber samt hvilke forbindelser, der kan identificeres paradigmerne imellem.

Enhver undersøgelse af virkeligheden, eller elementer heraf, vil imidlertid have indeholdt i sig en immanent abstraktion fra *det hele*. Den bevidste abstraktion kan imidlertid gyldiggøres gennem et opmærksomt metodisk blik, der fastholder det analyserende arbejde til den oprindelige problemformulering. Jeg ønsker her at fremhæve at den implementerede metodiske fremgangsmåde skal være med til at sikre validitetskriteriet om at udarbejde et samlet specialearbejde, der er tro mod den initielt formulerede undren, der har sat et sådant specialearbejde i verden. Således vil den implementerede metode i sidste ende udfolde sig som begrebsafklaring og begrebslig præcision, hvilket i det følgende initieres ved en beskrivelse af de respektive paradigmer samt væsentlige begreber indeholdt i diagnosen og klassificeringen ’skizofreni’.

**2.1 Paradigmebeskrivelser**

I det følgende fremgår beskrivelser af de to paradigmer; fænomenologi og naturalisme. Paradigmebeskrivelserne har som formål at danne en teoretisk forståelsesramme, som fundament for det videre arbejde med paradigmerne.

**2.1.1 Fænomenologi**

Fænomenologien siges ofte at være grundlagt af Edmund Husserl[[6]](#footnote-6) (Husserl), men begrebet blev tidligere anvendt af filosoffer som Hegel – dog i en anden betydning, både i forhold til begrebets indhold og historiske oprindelse.

Fænomenologien kan forstås i to overordnede betydninger: som en disciplinær retning i filosofien eller som en bevægelse i filosofiens historie. I dette speciale er det den førstnævnte betydning af fænomenologien, der er i centrum.

**2.1.1.1 Franz Brentano**

Som man kender den hos Husserl, opstod fænomenologien i det 20. århundrede, og havde som formål at videnskabeliggøre filosofien på en måde, som garanterede dens selvstændighed i forhold til fagvidenskaber. I sin fænomenologi, har Husserl imidlertid inkorporeret et intentionalitetsbegreb, som er videreudviklet fra Franz Brentano (Brentano), der anvendte begrebet ’intentionalitet’ til at beskrive skellet mellem det psykiske - som kendetegnes ved at være i forhold til et indhold, idet det er rettet mod et objekt - og det fysiske (Lübcke, 2010, 348). Om et sådan objekt eksisterer eller ej er således ikke afgørende, idet det væsentligste for Brentano var at tydeliggøre at bevidstheden, modsat det fysiske, viser hen til noget andet (Zaharvi, 1995, 211-231).

Ifølge den danske fænomenolog, Dan Zaharvi (Zaharvi), har Brentano haft en afgørende betydning for diskussionen omkring intentionalitetsbegrebet i dette århundrede, idet han var den første i nyere tid til at omtale bevidstheden som ’intentional’ (Zaharvi, 1995, 211-231).

**2.1.1.2 Edmund Husserl**

Selve ordet ’fænomenologi’ stammer fra de græske ord ’phainomenon’; det, som viser sig, samt ’logos’; læren om –fænomenologien er altså læren om det, der viser sig (Lübcke, 2010, 246). Hos Husserl italesættes filosofiens opgave som værende at beskrive det, som viser sig (fænomener), fordomsfrit, hvorfor den som retning udfolder sig som et studie af bevidsthedens strukturer, som de opleves fra førstehåndsperspektiv. Bevidstheden kan, ifølge Husserl, have to forskellige indstillinger til det, den oplever, erfarer etc. Disse indstillinger kalder han henholdsvis den *naturlige* og den *fænomenologiske indstilling*. *Den naturlige indstilling* rummer antagelser af forskellig art om at genstande eksisterer uafhængigt af bevidstheden, hvorved genstande har indeholdt i sig de egenskaber, mennesket oplever at de har, når de erfares af mennesket. I *den fænomenologiske indstilling* er mennesket derimod i stand til at udøve epoché (Lübcke, 2010, 182) overfor disse antagelser; at sætte antagelser om et fænomens beskaffenhed i parentes, for at bane vej for tilblivelsen af såkaldte ’rene fænomener’. Man udøver således epoché ved så at sige at ’tøjle’ den naturlige tilbøjelighed, mennesket har, til at have antagelser om et givent fænomen. Efter epochéen eksisterer ’rene fænomener’ (Lübcke, 2010, 247), hvorved fænomener renses for de antagelser, der opleves i *den naturlige indstilling*, og disse fænomener eksisterer nu først i sammenhæng med den fænomenologiske erfaring.

I *den fænomenologiske indstilling* kan man, ifølge Husserl, betragte et fænomen gennem et såkaldt *væsensskuen*, og det initielle resultat af dette er at bevidstheden er rettet mod et objekt, og således kendetegnet ved Brentanos intentionalitetsbegreb (Lübcke, 2010, 247).

Fænomenologien kan derfor siges at være en erfaringsfilosofi, som har som fundament at man undersøger måden hvorpå noget viser sig, forud for en indordning af et givent fænomen i et begrebsligt system, som man ser i klassificeringssystemer som DSM-IV-TR samt ICD-10.

Erfaringerne og deres strukturer, som fænomenologien beskæftiger sig med, favner bredt. Det er netop strukturen på disse former for erfaring, Husserl omtaler som ’intentionalitet’, og med dette forstås således erfaringers rettethed mod objekter i verden; den egenskab ved den menneskelige bevidsthed at den er bevidst omkring noget. Derfor er menneskets erfaring udelukkende rettet mod objekter gennem specifikke koncepter, billeder, tanker, idéer etc., hvilke konstruerer meningen og indholdet ved en given erfaring (SEP). I en anden dimension foreligger mulighedens – og intentionalitetens forhold, hvilket vil sige at fænomenologien bevæger sig fra bevidst erfaring til forhold, som er medvirkende til at give erfaringen dens intentionalitet[[7]](#footnote-7).

**2.1.1.3 Fænomenologi i kontinental europæisk - og anglo-amerikansk filosofi**

Traditionel fænomenologi fokuserer på erfaringens praktiske, subjektive og sociale betingelser - dog er fænomenologiens fokusering på erfaring, i Husserls udvikling af den, teoretisk fremfor praktisk. Det er derfor væsentligt at skelne traditionel fænomenologi, som den er blevet dyrket i kontinental europæisk filosofi gennem det 20. århundrede, fra ’philosophy of mind’, som er blevet dyrket i anglo-amerikansk filosofi gennem det 20. århundrede, og som fokuserer på erfaringens neurale aspekter, og således hvordan bevidste erfaringer og intentionalitet er funderet i hjerneaktivitet,. Det er en væsentlig debat og et kritisk spørgsmål hvorvidt det naturalistiske ’philosophy of mind’ bør falde under fænomenologiens domæne, men i dette speciale arbejdes der altså ud fra traditionel fænomenologi.

Filosofisk har fænomenologien blandt andet manifesteret sig i retningen ’eksistentiel fænomenologi’, hos Maurice Merleau-Ponty og Paul Ricoeur, og desuden hos danske nulevende filosoffer, som Peter Kemp. ’Eksistentiel fænomenologi’ udvikledes omkring midten af det 20. århundrede, idet to væsentlige strømninger indenfor moderne europæisk tænkning begyndte at flette sig sammen; nemlig fænomenologien og eksistensfilosofien.

I Danmark er en af de førende fænomenologer netop Zaharvi, der beskæftiger sig indgående med fænomenologien i al sin forskning, hvor han ligeledes har undersøgt fænomener som skizofreni, i samarbejde med hjerneforskere og psykiatere. Ifølge Zaharvi, er hensigten og således det ultimative fokus i fænomenologien, og Husserls fænomenologi i særdeleshed, ikke at beskrive objekter og erfaringer på præcis og grundig vis, ej heller er det at foretage en udtømmende faktuel undersøgelse af et givent fænomen. Snarere er fænomenologiens ultimative hensigt og mål at undersøge fænomenet netop i kraft af fænomenet selv; at undersøge selve mulighedsbetingelserne for – samt strukturen i fænomenet, og således forstå fænomenets dimensioner. Dette, mener Zaharvi, er en transcendental opgave for filosofien; en bevægelse væk fra metafysisk – og empirisk undersøgelse af objekter hen mod en undersøgende udfoldelse af selve rammen for forståelighed og mening, som er mulighedsbetingelsen for overhovedet at foretage sådanne empiriske og metafysiske undersøgelser (Zaharvi, 2006). På kantiansk vis kan fænomenologien således, som italesat af Zaharvi, siges at være en særegen betingelse for at empiriske genstande samt sagsforhold overhovedet er mulige at erfare.

I nærværende specialearbejde belyses det fænomenologiske paradigme i psykiatrien gennem bidragere som Kurt Schneider, Karl Jaspers og Thomas Szasz. Grundet fænomenologiens mange bidragere, vil en definition af disciplinen nødvendigvis altid kunne diskuteres, og en sådan definition afhænger derfor af hvilken filosofs perspektiv, man tager. Når jeg nu alligevel vælger at introducere fænomenologien gennem Zaharvi, Brentano og Husserl er det fordi man, gennem måden hvorpå Jaspers formulerer sine metoder og begreber, ser indflydelsen fra Husserls fænomenologi – specielt fra Husserls tidlige værk *Logical Investigations* (Husserl, 1921). Jaspers transformerede således Husserls begreber om ’intuition’, ’deskription’ og ’fordom’ til at være anvendelige indenfor psykopatologien. Det er dog ikke en accepteret sandhed at Jaspers fænomenologi er influeret af Husserl. Således har nogle forfattere rejst kritiske spørgsmål ved hvorledes Jaspers fænomenologiske standpunkt kan tolkes ud fra Husserl, og nogle tilbyder alternative måder at begribe Jaspers’ fænomenologiske ophav på (Spitzer, 1988 samt Langenbach 1995).

I det følgende fremgår en beskrivelse af paradigmet ’naturalisme’.

**2.1.2 Naturalisme**

I filosofisk øjemed, er naturalismen opdelelig i tre dimensioner: ontologisk, etisk og epistemologisk.

Ontologisk naturalisme er idéen om at det er muligt at reducere alt i verden til kausalbestemt natur, og således de kræfter og fænomener, naturvidenskaberne beskæftiger sig med. Naturalismen afviser begreber som ’fri vilje’, og således at der skulle kunne være tale om noget, der ophøjer mennesket til at kunne transcendere naturgivne omstændigheder og betingelser (Lübcke, 2010, 502). I forhold til enkelte problemfelter, som eksempelvis erkendelse, kan naturalismen formuleres på bestemte måder, alt efter om man undersøger det givne problemfelt ud fra biologisk, fysiologisk eller andre naturvidenskabelige vinkler. Man kan imidlertid ikke sige at naturalister nødvendigvis tænker naturalistisk på alle områder; således anvender eksempelvis Husserl naturalismen i en yderligere betydning, hvorigennem begrebet ’naturalisme’ gøres forenelig med anerkendelsen af at der findes en psykisk menneskelig dimension, som ikke kan reduceres til kausalbestemt natur (Lübcke, 2010, 502).

Epistemisk naturalisme er idéen om at det er muligt udtømmende at forklare alt i verden via metoder, anvendt indenfor naturvidenskaben, hvilket har som nødvendig konsekvens at filosofien udelukkes som særskilt erkendelsesmetode, hvorfor den ofte optræder i relation til den ontologiske naturalisme (Lübcke, 2010, 502).

Endelig er etisk naturalisme idéen om at man kan definere moralske begreber ud fra ikke-værdiladede begreber, og derfor at moralske kendsgerninger er identiske med naturlige kendsgerninger. Etisk naturalisme er imidlertid ofte blevet kritiseret for at begå ’den naturalistiske fejlslutning’ – i særdeles af G.E. Moore, som postulerede at samtlige filosoffer, der begiver sig ud i anstrengelser for at definere den fundamentale værdiegenskab ’god’, begår denne ’naturalistiske fejlslutning’ (Tanner, 2006)[[8]](#footnote-8).

W.V. Quine fremfører om epistemisk naturalisme at: ”(…) Reduction in the foundations of mathematics remains mathematically and philosophically fascinating, but it does not reveal the ground of mathematical knowledge, it does not show how mathematical certainty is possible” (Quine, 2007). Trods dét, at naturalisme forefindes i varierende afskygninger, og derved er en kompleks sammensat størrelse, kan en reduktiv naturalisme ikke stå som eneste reference til sandheden, idet reduktion ikke afspejler hele fundamentet for sandheden om verden og mennesket. Dette taler imod den tendens, der blev italesat i specialets introduktion om reduktionistisk naturalisme i psykiatrisk praksis.

Der eksisterer altså i reduktionistisk naturalisme ingen større sammenhæng end den, der udspiller sig mellem det biologiske liv og miljømæssige faktorer.

I naturalismen afvises nogen form for påstået sandhed om mennesket, hvor erkendelsen af en sådan sandhed ikke er blevet muliggjort gennem naturalistiske videnskaber. Som med fænomenologien, er det imidlertid med naturalismen således at en definition af paradigmet vil variere afhængigt af hvorfra, man tager sit afsæt. Således vil nogle erklære sig naturalister, hvormed man nødvendigvis tenderer til at styrke den naturalistiske doktrin, mens ikke-naturalister vil have en, om end ikke negativ, så under alle omstændigheder anderledes informativ forståelse af naturalismen. Herved forpligtiger man sig overfor naturalismen fra forskellige vinkler, og det er med dette in mente denne præsentation af paradigmet vil overlade illustrationen af disse forpligtigelser til at blive synliggjort i teori-afsnittet

I specialet italesættes den reduktionistiske naturalisme af filosoffen Patricia Smith Churchland. Yderligere repræsenteres naturalismen af filosoffen Christopher Boorse, samt hjerneforsker Peter Lund Madsen og forskningschef for dansk forskerteam på Forskningsinstitut for Biologisk Psykiatri, Thomas Werge.

**2.2 Sjæl/legeme dualisme**

I 1637 skelnede den franske filosof, René Descartes (Descartes) skarpt mellem den ’udstrakte substans’ (res extensa), som følger fysikkens love og henviste til legemet, og den ’tænkende substans’ (res cogitans), som påvirkes af – og selv påvirker legemet og henviser til bevidstheden. Spørgsmålet var i Descartes’ tid, og er således stadig, hvorledes denne gensidige påvirkning mellem sjæl og legeme finder sted. Han konkluderer i sine meditationer at de to substanser er fundamentalt forskellige, og svaret på sjæl/legeme problemet bliver hos Descartes at der foreligger en intim forbindelse mellem substanserne, som manifesterer sig i ’koglekirtlen’ i hjernen. Kritikken af dette svar har efterfølgende været hvorledes noget urumligt (sjælen) skulle kunne påvirke noget rumligt (koglekirtlen) (Descartes, 1993 samt SEP).

Den moderne dualisme har rødder i disse Descartes’ meditationer, og i debatten, der har fulgt i kølvandet på Descartes’ teorier, men den radikale sjæl/legeme konflikt kommer for alvor til udtryk i forbindelse med naturvidenskabernes mekaniske årsagsforklaringer, hvilket længe har været et højt debatteret emne indenfor vestlig filosofi, psykiatri og psykologi. Sjæl/legeme dualismen er således en klassisk problematik, der i nyere tid har taget sit afsæt i den såkaldte ’philosophy of mind’. Med et opmærksomt blik på denne omfangsrige debat, er det dog mit valg i dette speciale at tage afsæt i selve psykiatrien, og det er på baggrund af dette valg, at de to respektive paradigmer ’naturalisme’ og ’fænomenologi’ anvendes som rene Max Weber (Weber) inspirerede idealtyper. I den filosofiske undersøgelse af lidelsen skizofreni, er det derved min vurdering at paradigmerne med fordel tilspidses som idealtyper, idet dette kan bidrage til at gøre komplekse begrebssystemer indbydende overfor eventuelle hypotesedannelser, og således at muliggøre at kunne granske paradigmernes respektive argumenter. I det følgende præsenteres idealtypebegrebet, som Weber udarbejdede det.

**2.3 Max Webers ’idealtyper’**

Den tyske sociolog, Weber, foreslår idealtypebegrebet, som et begreb, der er velegnet til at påbegynde formuleringen af hypoteser omkring samfundsvirkeligheden indenfor humanvidenskabernes område, og som er velegnet til at formidle de resultater, man er kommet frem til, og tilvejebringe begreber, som gør det muligt at indordne den empiriske virkelighed på en tankemæssig gyldig facon (Weber, 1904, 199-200). Weber fremfører således at virkeligheden til enhver tid vil udfolde sig mere kompliceret, end enhver model, mennesket kan opstille i forsøg på at udtømme den. Derfor kan samfundsforskning ikke indordne sig under én altomfattende teori, på samme måde som naturvidenskaberne, idet der altid vil være forhold i virkeligheden, som falder udenfor menneskets modeller. Det er således, ifølge Weber, indenfor humanvidenskaberne ikke muligt at tale om ’love’ i naturalistisk forstand, idet den mulige begrebsdannelse afhænger af de undersøgte problemstillinger (Kruse, 2003). At arbejde med idealtyper er således et hermeneutisk arbejde, hvor de anvendte begreber udformes på baggrund af forståelsen af den empiriske virkelighed, hvorfor den forståelse af lidelsen skizofreni, som tilvejebringes i dette speciale, udfolder sig ud fra de elementer, der er tilgængelige i skildringen af paradigmerne. Det er på denne baggrund, Weber mener, idealtyper ikke kan være fuldt ud udtømmende af den empiriske virkelighed, fordi begrebsdannelsen altid afhænger af problemstillingerne, som de skifter i takt med at kulturen forandrer sig.

At reducere kompleksitet, herunder at forenkle begrebssystemer, som paradigmerne kan siges at være, til en form for fællesnævner ved hjælp af idealtypens rene tankekonstruktion kan således være nyttig for en hypotesedannelse på et sådan præliminært niveau, som denne undersøgelse af skizofreni udfolder sig som. Væsentlig er det derfor at undlade at betragte denne idealtypiske reduktion som en reelt eksisterende sum af enkeltfænomener, idet en sådan forståelse af specialets hensigt vil være en reduktionistisk tilgang til fænomenerne. Af samme grund, går tilspidsningen af de psykiatriske paradigmer som idealtyper hånd i hånd med operationaliseringen af Hegels protest mod abstraktionstænkning. Jeg ønsker herved at tydeliggøre at, selvom der i specialet udvikles idealtyper af fænomenologien og naturalismen, udføres dette med en hegelsk forståelse in mente om at den abstraktion fra virkeligheden, som enhver tilspidsning af forhold i virkeligheden medfører, må udfolde sig med et opmærksomt blik på at sådanne tilspidsede idealtyper er et bidrag til et arbejde, som anført i problemformuleringen – ikke et bud på en fuldbyrdet sandhed om skizofreni.

Perspektivet i dette speciale afgrænses således i forhold til den omfangsrige sjæl/legeme debat, hvorved behandlingen af diskussionen om det reduktive i den moderne bevidsthedsfilosofi afgrænses til et fokus på fænomenet skizofreni i psykiatri. Det er dette fokus, der er grundlag for den følgende undersøgelse af specialets problemstilling, der i det følgende afsnit initieres ud fra en begrebsafklarende undersøgelse af væsentlige begreber.

**3.0 Begrebsafklaring**

I det følgende fremgår en afklarende beskrivelse af en række begreber, som er essentielle for at arbejde indenfor et andet praksisfelt. Der forefindes et begrebsapparat indenfor psykiatrien, som man må have kendskab til, såfremt man ønsker at udarbejde et begrebsligt præcist speciale, blandt andet på baggrund af nogle af psykiatriens egne begreber. Begrebsafklaringen er essentiel for det filosofiske arbejde, idet det skaber præcision, samt muliggør udarbejdelsen af en teoretisk ramme, hvor eventuelle løsningsformulerende bidrag til den undersøgte problemstilling kan begynde at udfolde sig. På samme tid baner begrebsafklaring vejen for en metarefleksion over de begreber, man anvender til at begribe skizofrenien. Derfor beskrives der i det følgende symptomer, diagnosekriterier og relaterede lidelser til skizofreni.

Begrebsafklaringen er udformet på baggrund af nyligst opdaterede versioner af diagnosticeringsværktøjerne DSM og ICD. ICD-10 er en forkortelse af *International Classification of Deseases, 10th edition*, og er det standard diagnostiske værktøj til at indkapsle informativ data omkring mortalitet og morbiditet i WHO-medlemslande. I Danmark er WHO’s ICD-10 liste grundlag for det officielle diagnosesystem., og anvendes blandt andet til at klassificere sygdomme[[9]](#footnote-9). ICD-10 definerer universet omkring sygdomme, lidelser, skader etc., som det anvendes af brugere, som blandt andre læger, sygeplejesker, forskere, psykiatere, psykologer og andre.

DSM-IV er en forkortelse af *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*, og er det amerikanske klassifikations – og diagnosesystem for psykiske lidelser og disses symptomer. DSM-IV blev udgivet i 1994, men en mindre revision af diagnosesystemet blev udarbejdet og udgivet i 2000, under titlen DSM-IV-TR[[10]](#footnote-10). Diagnoseværktøjet DSM benyttes i varierende kontekster af forskellige grene af lægevidenskaben og forskning, eksempelvis biologer, psykologer, psykiatere og andre.

Selvom man i Danmark benytter ICD’s diagnoseliste officielt, anvender man ofte DSM i forbindelse med forskning, undervisning og andet, og DSM anvender diagnostiske koder fra ICD. Der er stor lighed mellem diagnosesystemerne, men det ene fungerer ofte som supplement til det andet; blandt andet indeholder ICD-10 beskrivelser af, kriterier for – og symptomer på samtlige sygdomme, mens DSM-IV-TR udelukkende indeholder uddybende beskrivelser af psykiske lidelser. På trods af at de er adskilte klassificeringssystemer, er de således alligevel sammenlignelige, hvorfor de tilsammen tilbyder en stærkere og grundigere skildring af klassificeringer, end hver for sig. At undersøge skizofreni ud fra beskrivelsen af klassificeringen, som den fremgår i diagnosesystemerne, er en mulig indgangsvinkel til at begribe den grundlæggende forståelse af diagnosen og fænomenet. På baggrund af ICD og DSM’s store betydning indenfor psykiatrisk diagnosticering, har jeg valgt at skildre og således påvise dominansen af de to respektive undersøgte paradigmer gennem disse diagnoseværktøjer.

**3.1 Relaterede lidelser**

*Dissociative identity disorder/multiple personality disorder*

Diagnosen ’skizofreni’ forveksles ofte med en anden psykisk lidelse, nemlig ’dissociative identity disorder’ (DID), også kaldet ’multiple personality disorder’ (MPD). Væsentligt er det således at afkræfte den gængse misforståelse at skizofreni betyder, som MPD/DID (WHO, 1990, 44.8), at man har forskellige personligheder. Skizofreni betyder ’splittet sind’, hvorfor de to lidelser er forskellige, og derfor ikke bør forveksles.

**3.2 Symptomer og tegn på skizofreni**

I ICD-10 karakteriseres skizofreni ved fundamentale forvrængninger af tanker og sanser, samt berøringer, som er upassende og ligefremme. Den skizofrene har som regel bibeholdt klar bevidsthed og intellektuel kapacitet, selvom kognitive mangler kan udvikle sig i løbet af en skizofren tilstand (WHO, 1990, F20). Dette suppleres af DSM-IV-TR, hvor de karakteristiske symptomer på skizofreni beskrives som involverende en række kognitive og følelsesmæssige dysfunktioner, i eksempelvis sansning, vilje, drivkraft, tænkning, sprog og kommunikation, affekt, talefærdighed – og hastighed, hedonistisk kapacitet, styring af adfærd samt opmærksomhed (APA, 2000, 297-345). Det vigtigste psykopatologiske fænomen i skizofreni er i ICD-10 betegnet som *tankeekko*, hvilket vil sige tankeindsættelse – eller tilbagetrækning, forvrænget sansning og vrangforestillinger om kontrol, tankebekendtgørelse, hallucinerede stemmer, der kommenterer på – eller diskuterer patienten i tredje person, indflydelse og passivitet samt tankelidelser og negative symptomer (WHO, 1990, F20)[[11]](#footnote-11). I DSM-IV-TR beskrives skizofreni som varende mindst seks måneder, og minimum én måned med aktive symptomer. De essentielle træk ved skizofreni beskrives som en blanding af karakteristiske tegn og symptomer, både positive og negative, og disse forbindes med betydelige sociale dysfunktioner (APA, 2000, 297-345). Det skildres herved hvor mange forskellige former og sammensætninger, skizofreni kan manifestere sig i. De positive og negative symptomer adresseres i det følgende.

**3.2.1 Positive og negative symptomer**

Karakteristiske symptomer på skizofreni inddeles i to kategorier; positive og negative symptomer. Positive symptomer reflekterer overdrevne eller forvrængede normale funktioner, mens negative symptomer reflekterer svind eller tab af disse normale funktioner. De positive symptomer inkluderer en forvrængning af sansning (hallucinationer), tankeindhold (vrangforestillinger), selvstyring af adfærd (stærkt uorganiseret og katatonisk adfærd) og sprog og tankeprocesser (forvrænget tale) (WHO, 1990, F20). Disse positive symptomer kan inddeles i to dimensioner, som, ifølge DSM-IV-TR, hver især relaterer sig til forskellige grundlæggende kliniske forhold og nervemekanismer; den ’uorganiserede dimension’ inkluderer uorganiseret tale og adfærd, mens den ’psykotiske dimension’ inkluderer vrangforestillinger og hallucinationer. Hallucinationer kan forekomme med berøring, visuelt og med lugte – og smagssansen, men det er den auditive hallucination, der oftest ses. Hvis stemmerne i den auditive hallucination opleves som om de konverserer eller kommenterer på alle individets handlinger, er dette ene symptom nok til at retfærdiggøre en skizofreni diagnose, ifølge DSM-IV-TR og ICD-10 (WHO, 1990, F20 samt APA, 2000, 297-345). De negative symptomer inkluderer begrænsninger i intensitet og omfang af følelsesmæssige udtryk (affektionsnedsættelse); af igangsættelsen af måldrevet adfærd (avolition) og af produktionen af tanke og tale (alogia). Uorganiseret tænkning betragtes ofte som det mest betydningsfulde skizofrene træk. De negative symptomer ved skizofreni beskrives som redegørende for en betydelig grad af morbiditet, forbundet med diagnosen (APA, 2000, 297-345).

I DSM-IV-TR foreslås det at den bedste måde at afgøre om et individ lider under negative symptomer, som anvendes i diagnosticering af skizofreni, kan være at afprøve hvorvidt de negative symptomer vedbliver over en længere periode, selvom man forsøger at afhjælpe symptomer ud fra andre mulige årsager end skizofreni. Ved skizofrene tilstande kan udviklingen og forløbet enten være kontinuerligt eller periodisk, med progressive eller stabile ubalancer, og der kan være perioder med hel eller delvis bedring. Der kan ikke diagnosticeres ud fra enkelte skizofrene tegn eller symptomer, men ud fra en sammensætning, som har indflydelse på den sociale funktionsevne (APA; 2000, 297-345), dog med undtagelse af positive symptomer fra den psykotiske dimension; som nævnt, hallucinationer, og yderligere også vrangforestillinger. Vrangforestillinger vurderes ofte bizarre, hvis de er tydeligt uforståelige og usandsynlige. Bizarre vrangforestillinger omhandler både tilbagetrækning af idéer, kontrol og tankeindførelse, og én identificering af en sådan bizar vrangforestilling er, trods det at man råder imod at diagnosticere ud fra enkeltstående symptomer, altså tilstrækkelig evidens for en skizofreni diagnose, ifølge både DSM-IV-TR og ICD-10 (WHO, 1990, F20 samt APA, 2000, 297-345).

**4.0 Teori**

I det følgende fremgår det teoretiske fundament, der udfolder sig som omdrejningspunkt for fremstillingen – og undersøgelsen af de respektive psykiatriske paradigmer. Initielt præsenteres det fænomenologiske paradigme.

**4.1 Det fænomenologiske paradigme i psykiatri**

I det følgende fremgår en teoretisk fremstilling af det fænomenologiske paradigme, som det udfolder sig indenfor psykiatri. Den teoretiske fremstilling initieres, i henhold til de gennemgåede klassificeringssystemers fremstilling af klassificeringen ’skizofreni’, og dens symptomer, en præsentation af den tyske psykiater, Kurt Schneider (Schneider), som til stadighed gør sig gældende i forhold til diagnosepraksis baseret på klassificeringssystemer.

**4.1.1 Kurt Schneider: *first-rank* symptomer**

I Schneiders samtid, fremførte den schweiziske psykiater Paul Eugen Bleuler[[12]](#footnote-12) (Bleuler) ved en forelæsning i 1926 fire hovedtræk ved skizofreni, som han kaldte *de fire A’er*: sløvet *affekt*, løse *associationer*, *ambivalens* og *autisme*. Som sekundære symptomer listede Bleuler vrangforestillinger, katatonisk adfærd, negativisme og stupor, hvilke han påstod var grundlaget for den tyske læge og grundlægger af psykiatrien, Emil Kraepelins[[13]](#footnote-13), klassifikationssystem, på trods af deres sekundære natur.

Schneider var kendt for sit arbejde med diagnosen ‘skizofreni’ og personlighedsforstyrrelser, som man dengang kendte som *psykopatiske personligheder*. Schneider anså psykiatriens diagnosticeringsmetoder som værende problematiske, og var derfor optaget af at forbedre dem. I 1920 anvendte Schneider begrebet ‘endogen depression’, som man kendte det fra Kraepelin som betydende *biologisk oprindelse*, og *‘*reaktiv depression’, som oftest sås hos ambulante patienter. Ligesom Jaspers[[14]](#footnote-14), var Schneider fortaler for at diagnoser baseres på den erfaringsmæssige kontekst, i hvilken en given vrangforestilling manifesterer sig, fremfor indholdet af en sådan vrangforestilling; han mente således at en vrangforestilling ikke skal diagnosticeres ud fra indholdet af overbevisningen, men der imod ud fra den måde, hvorpå overbevisningen manifesterer sig. Han var optaget af at adskille skizofreni fra andre former for psykose, ved at angive psykotiske symptomer, som i særdeleshed er karakteristiske for skizofreni (Schneider, 1959 og Parnas et al., 2008, 137-154).

I videreudviklingen af Bleulers foreslåede fire hovedtræk ved skizofrenien, udarbejdede Schneider i 1959 et klassifikationssystem, hvor han begrebsliggjorde hovedtrækkene ved skizofreni diagnosen, som *first-rank* symptomer. Disse *first-rank* symptomer inkluderer:

* Hallucinatoriske stemmer: diskuterende - eller kommenterende stemmer
* Fænomener af somatisk passivitet
* Vrangforestillinger om fremmed og udefrakommende kontrol: skabte følelser, skabte impulser, skabte viljeshandlinger
* Fænomener af tankefremmedgørelse: indsættelse, udspredelse og tilbagetrækning af tanker
* Tankeekko
* Andre forvrængede perceptioner (Schneider, 1959 og Parnas et al., 2008, 137-154)

Ifølge Schneider, er manifestationen af *first-rank* symptomer evidens for en skizofreni diagnose, men kun hvis disse manifesterer sig uden sammenhæng med organiske sygdomme, vedvarende affektive lidelser eller afhængighed af euforiserende stoffer. Ligesom Bleuler, fremførte Schneider *second-rank* symptomer, som han beskrev som andre former for hallucinationer, depressive - eller euforiske humørforandringer, rådvildhed, pludselige forvrængede idéer eller følelsesmæssig sløvhed. Schneider mente at hvis *first-rank* symptomer ikke er tilstedeværende, kan skizofreni stadig diagnosticeres, hvis et tilstrækkeligt antal *second-rank* symptomer er til stede (Parnas et al., 2008, 137-154).

*First-rank* symptomer er en oplevelse af vrangforestillinger og hallucinationer, som, ifølge Schneider, adskiller diagnosen ’skizofreni’ fra andre affektive psykoser. Essentielt var Schneiders *first-rank* symptomer ikke teoretiske, men funderet på oplevelser med over 3000 patienter (Parnas et al., 2008, 137-154). *First-rank* symptomerne blev siden bekræftet og også udfordret i følgende studier, og har haft stor indflydelse på klinisk arbejde og forskning i skizofreni, da de blev inkorporeret i forskellige diagnostiske værktøjer – herunder både DSM og ICD[[15]](#footnote-15). *First-rank* symptomer analyseres og vurderes bredt. Blandt mange, kan eksempelvis nævnes Michael R. Trimble, der i 1990 foreslog at *first-rank* symptomer indikerer lokale dysfunktioner i menneskets tindingelap (Siegal et al., 2012), og andre anslår at skizofreni ikke er arveligt, mens endnu andre mener at det *er* arveligt (McGuffin et al., 2012). De multiple tilgange til – og forståelser af lidelsen fornemmes således.

Selvom Schneiders klassifikationssystem er blevet kritiseret for at være upræcist, er det dog, som nævnt, stadig inkorporeret i klinisk diagnostiske værktøjer, som for eksempel DSM-IV-TR og ICD-10. I disse fremvises tilstedeværelsen af én af Schneiders *first-rank* symptomersom værende tilstrækkelig til at forsvare en skizofreni diagnose, og man ser således fænomenologiens fodspor i disse diagnoseværktøjer helt tilbage til Bleulers såkaldte ’*fire A’er’*. I ICD-10 svarer symptombeskrivelserne[[16]](#footnote-16) under klassificeringen ’skizofreni’ eksempelvis også til Schneiders *first-rank* symptomer, og i DSM-IV-TR kræver kriterium A for en skizofreni diagnose tilstedeværelsen af mindst to af seks[[17]](#footnote-17) *first-rank* symptomer, som skal vare mindst én måned.

I det følgende kastes et dybdegående blik på én af den klassisk fænomenologiske skoles største tænkere, nemlig Jaspers, som beskæftigede sig indgående med fænomenet ’skizofreni’. Dette, idet Jaspers kan siges at have en moderat tilgang til skizofrenien, som ikke i samme grad positionerer sig i de respektive paradigmer, som det vil fremgå ved andre teoretikere.

**4.1.2 Karl Jaspers: skizofreni er et fælles uforståeligt**

Den teoretiske præsentation af Jaspers’ arbejde med skizofreni initieres gennem et blik på samtiden for det 100 år gamle værk, *Allgemeine Psychopathologie*.

**4.1.2.1 *Allgemeine Psychopathologie*: samtiden og nutiden**

For 100 år siden (1913), udgav Jaspers det banebrydende værk *Allgemeine Psychopathologie* (AP), og selvom værket er skrevet ud fra klinisk tænkning - og praksis i det sene 19. – og tidlige 20. århundrede, er udlægningen af metoden til at begribe skizofrenien stadig højst relevant. Jaspers samtid var afgørende for psykiatriens videre udviklingshistorie, og da værket blev skrevet i 1913, skete der dramatiske fremskridt indenfor neurovidenskaberne, hvorfor perioden havde mange fællestræk med psykiatrien nuværende udformning; perioden blev betegnet som ’psykiatriens første biologiske fase’ (Fusar-Poli, 2013). Værket rejste essentielle spørgsmål om symptomer og tegn på psykisk lidelse, hvilket stadig er vidt debatteret i nutidig psykiatri. I Jaspers samtid var psykiatrien domineret af akademiske neurologer, som favoriserede naturvidenskabelige modeller; psykiske lidelser blev betragtet som dysfunktioner i hjernen (Fusar-Poli, 2013), og selvom han delte den generelle naturvidenskabelige optimisme omkring den såkaldte ’første biologiske fase’ indenfor psykiatri, var Jaspers ikke tilfreds med den måde, det medicinske samfund gik til psykiske lidelser på. Han mente at de underlæggende biologiske tilgange til psykiske lidelser, som eksempelvis skizofreni blev overfortolket, og at man med rette kunne kalde dem ’brain mythologies’ snarere end medicinsk fakta, eftersom de anatomiske konstruktioner, man henviste til, efterhånden var blevet relativt ”fantastiske” (Jaspers, 1997, 18).

AP udformede sig ud fra Jaspers bekymring over manglen på en fælles videnskabsbaseret og logisk metode til at identificere psykiske lidelsers manifesteringer; han mente at psykiatere havde svært ved at finde et grundlæggende fundament i deres fag. Således observerede Jaspers at man som psykiater var bevidst om teorier og begreber, men usikker på hvornår det var passende at anvende specifikke forklaringsmodeller, hvilket resulterede i at man implementerede forskningsprogrammer og behandlinger snarere efter indskydelse, end efter solid videnskabelig viden. Selvom Jaspers var forstående overfor de af sine samtidige kollegaer, der havde fokus på hjernemekanismer, mente han ikke at man adresserede det vigtigste punkt i forhold til patientens lidelse via den vej, hvorfor han postulerede at hans samtidige kollegaer indenfor psykiatrien måtte lære at tænke, for at skabe fremskridt (Jaspers, 1997, vii). Jaspers udtrykte således en accept af at nogle psykiske lidelser stammer fra dysfunktioner i hjernen, mens andre udfolder sig som konsekvens af en form for konflikt i forholdet mellem individets ønsker, og de forhold, virkeligheden tilbyder. Derfor må psykiatere, ifølge Jaspers, både være allierede med neurologer og med social – og kulturvidenskaber, for at opnå fremskridt.

Selvom Jaspers bekymring over den herskende forvirring blandt psykiatere i hans samtid er 100 år gammel, er den stadig i særdeleshed aktuel, hvilket tydeliggøres af kløften i psykiatrien mellem det fænomenologiske – og naturalistiske paradigme. Med Mirdals ord kan man derfor undre sig om man, med det massive fokus på hjernemekanismer, er på tærsklen til en banebrydende og fornyende forståelse af – og indsigt i fænomenet ’skizofreni’, eller om man er tilbage, hvor man startede, ”arriving where we first started, but knowing the place for the first time” (Mirdal, 2000).

**4.1.2.2 Jaspers og fænomenologien**

Jaspers arbejde bærer stærkt præg af Husserls lære om at bevægelserne i det bevidste sind kan gøres tilgængelige og beskrives ud fra en fænomenologisk metode, som Jaspers tilpassede klinisk psykiatri og anvendte til at interviewe psykiatriske patienter. Den fænomenologiske metode tillod patienterne at kommunikere erfaringer videre, idet metoden dyrker den menneskelige evne til at udtrykke sig, hvilket gør det muligt for patienter at beskrive deres tanker og sind, og for psykiateren tilnærmelsesvist at opleve disse tanker sammen med patienten. Jaspers noterede ad denne vej de varierende ligheder og forskelle, han observerede i de beskrevne erfaringers indeholdte fænomener, og således implementerede han altså en metode, der gik ud over et videnskabslogisk klassificeringssystem (Jaspers, 1997, vii), der systematiserer psykiske lidelser, og de fænomener, der udfolder sig under sådanne lidelser[[18]](#footnote-18). Det var således Jaspers overbevisning at psykiatere kan opnå en langt dybere forståelse af patienternes mentale liv ved at undlade at gå til fænomenerne med teoretiske fordomme, hvorved han udfører et fundamentalt forarbejde til en sådan fænomenologisk tilgangs mulighed, ved at beskrive de karakteristiske træk ved forvrænget tænkning og ved at systematisere samt vurdere de tilgængelige opfattelser af psykiske lidelser. Det er derfor væsentligt at understrege at Jaspers arbejde med at frembringe en form for systematiseret overblik over psykiske tilstande ikke havde som formål at munde ud i et klassifikationssystem, som man kender det fra diagnosesystemer, som for eksempel ICD-10 og DSM-IV-TR. Snarere var formålet for Jaspers at danne et overblik over den tilgængelige viden, der forelagde om psykiske tilstande, for således at muliggøre den bevidsthed, han ønskede at kultivere blandt datidens psykiatere om den symbolske kløft, der eksisterede mellem den fænomenologiske- og naturalistiske psykiatri (Ratcliffe, 2013).

Jaspers mål blev derfor at kortlægge adskillelsen af to socialvidenskabelige metoder til at begribe psykiske lidelser; en empirisk statistisk demonstrering af regelmæssige gentagelser af bestemte begivenheder i en befolkning, for at skabe evidens for en forbindelse, og en empatisk påstand om at en bestemt erfaring i et individs liv kan have speciel betydning for sammenhængen mellem en erfaring, og en bestemt form for adfærd.

Således identificerede han Kraepelins teorier om arvelighed og psykiske lidelser, baseret på statistiske studier af hundredevis af patienter, samt Sigmund Freuds[[19]](#footnote-19) (Freud) påstand om sammenhænge mellem tidligere erfaringer og udviklingen af senere psykiske lidelser (Jaspers, 1997, vii-ix). Kraepelins metode beskrev Jaspers som *erklären* (forklaring), og Freuds metode som *verstehen* (forståelse)[[20]](#footnote-20). *Erklären* mente Jaspers var forsøget på at adskille naturens upersonlige love gennem kausale forbindelser for at producere en psykisk lidelse, og *verstehen* var en søgen efter meningsfulde forbindelser, i forsøget på at påvise at psykiske lidelser opstod som følge af et misforhold mellem erfaring og individuelle håb og længsler; et misforhold, som skulle kunne begribes empatisk, selvom det ikke kunne demonstreres statistisk (Jaspers, 1997, viii).

Den *forstående* og den *forklarende* metode forstås således som et dikotomisk forhold mellem to metodiske videnskabstyper. Diskussionen omkring disse videnskabstyper går på hvorvidt bestemte objekter og emner, som eksempelvis ’mennesket’ og ’samfundet’, bør adresseres via en bestemt tilgang, som er forskellig fra fysiske videnskaber. Derfor har der rent historisk været varierende fortolkninger af dikotomien mellem *verstehen* og *erklären*. Blandt disse fortolkninger, forefindes blandt andet Wilhelm Diltheys (Dilthey) teori om forholdet mellem *Geisteswissenschaft* og *Naturwissenschaft*, samt Wilhelm Windelbands (Windelband) skelnen mellem nomotetiske og ideografiske metoder [[21]](#footnote-21). Det dikotomiske forhold mellem de to videnskabstyper indebærer således at videnskaberne ikke adskiller sig på baggrund af den genstand, der undersøges, men på baggrund af metoden, hvorpå de begriber denne genstand; naturvidenskabernes *forklarende* metode eller socialvidenskabernes *forstående* metode. Ved at adskille den *forstående* og den *forklarende* metode, tydeliggjorde Jaspers at psykiatrien i hans samtid indeholdte en kritisk epistemologisk kløft, og at psykiatere kunne overvinde denne kløft ved at være bevidste om den. Således tydeliggøres at Jaspers dengang søgte at gøre opmærksom på den kløft, man til stadighed ser udfolde sig i psykiatrisk praksis i nutiden.

Jaspers mente at en mere bevidst psykiatri kan undlade at forveksle en *forklarende* med en *forstående* metode et vice versa. Han understregede herved at ingen metode bør stå for sig selv, men at en given psykisk lidelse bedst afdækkes ved at kombinere tilgængelige metoder, hvilket går fint i spænd med den hegelske protest mod abstraktionstænkning. Han fremførte yderligere hvad, der var tilgængelig og mulig viden om psykisk lidelse, og understregede samtidigt hvad, der ikke var muligt at vide. Her adskiller Jaspers sig fra den hegelsk dialektiske tænkemåde, idet han italesætter erkendelsens mulighedsbegrænsning i sine fænomenologise studier af mennesket, og afslører således sin tænknings Kantianske afstamning; ligesom psykiatere bør være bevidste om al tilgængelig viden, bør man være bevidst om at der er aspekter af psykiske lidelser, som det ikke er muligt for mennesket at få indsigt i. Således postulerede Jaspers at der er aspekter ved mennesket, og derved ved fænomener i den menneskelige psyke, som det ikke er muligt for udefrakommende at få indsigt i.

**4.1.2.3 Erkendelsens mulighedsbegrænsning**

En empatisk fænomenologisk observationsform bringer uvurderlig materiale med sig, men, argumenterer Jaspers, psykiatere vil danne begreber, der kan kommunikeres ud fra dette materiale, og som kan formuleres i love, principper og demonstrerbare forhold (Jaspers, 1997, 1). Derfor må man acceptere begrænsninger for den tilgængelige og opnåelige viden omkring fænomenerne, for ikke at overskride erkendelsens mulighed, men, argumenterer Jaspers, psykiatere opnår på samme tid frihed indenfor det rum, hvor erkendelsen er mulig. På den måde er psykopatologi, ifølge Jaspers, begrænset, fordi man ikke kan opnå nogen form for endelig og fuldstændig forståelse af mennesket som sådan; jo mere man reducerer psykens fænomener til noget typisk og normativt, jo mere bliver man klar over at ethvert menneske har noget gemt i sig, som undviger genkendelse (Jaspers, 1997, 1). I denne forstand er den systematiske kategorisering af psykiske lidelser, som det ses i DSM-IV-TR og ICD-10, et udtryk for både den viden, hvilken psykiatere har frihed til at behandle ud fra, men samtidig for en yderligere indsigt i det enkelte menneskes tilstand, som man aldrig kan opnå.

Fysik og psyke er således ubestrideligt forbundet, argumenterer Jaspers, men understreger at hverken fysik eller psyke møder den anden så direkte at der kan være tale om eksempelvis at et specifikt psykisk fænomen er forbundet med et specifikt somatisk fænomen, og således om en decideret form for parallelisme, hvorfor man må undlade at reducere menneskelig eksistens under én fællesnævner (Jaspers, 1997, 6). Jaspers illustrerer en sådan parallelismes umulighed som følger:

*The situation is analogous with the exploration of an unknown continent from opposite directions, where the explorers never meet because of impenetrable country that intervenes. We only know the end links in the chain of causation from soma to psyche and vice versa and from both these terminal points, we endeavour to advance* (Jaspers, 1997, 4)

Mennesket er således, ifølge Jaspers, skaber af sit eget mønster, hvorfor ikke alt indeholdt i en psykisk lidelse kan begribes ud fra videnskabens kriterier, postulerer Jaspers; mennesket transcenderer konstant den empiriske virkelighed, gennem skabelsen af kultur, moralske standpunkter og overbevisninger, og det er netop den empiriske virkelighed, videnskaben har mulighed for at undersøge.

Man kan således, ifølge Jaspers, ikke fuldt ud begribe eksempelvis skizofreni som fænomen, eftersom det ikke udfolder sig i sin helhed som objekt. Det psykiske liv er kun et objekt for os gennem:

*(…) that which makes it perceptible in the world, the accompanying somatic phenomena, meaningful gestures, behaviour and actions. It is further manifested through communication in the form of speech. These demonstrable phenomena present us with the effects of the psyche. We either perceive it in these phenomena directly or at least deduce its existence from them; the psyche itself does not become an object* (Jaspers, 1997, 9)

Hermed fremfører Jaspers at fænomener som skizofreni kun kan erkendes igennem de symboler, der er anskuelige for mennesket. Andre lag af fænomenet forbliver ukendt.

**4.1.2.4 Den ’forvrængede atmosfære’**

I sin kritik af Kraepelins kliniske klassificering af mentale diagnoser, som for eksempel ’demens præcox’, argumenterer Jaspers at det er utilstrækkeligt blot at definere lidelser på denne måde, idet man ikke kommer af med dem på den måde; at sige at psykose er en fejlagtig idé, som lidende har, og som ikke kan ’rettes’, giver kun et overfladisk og ukorrekt svar på problemet (Jaspers, 1913, 93 i Ratcliffe, 2013). Man kan derfor ikke udelukkende implementere en uberørt objektiv tilgang til et psykotisk menneske, og dets vrangforestillinger, idet forståelsesprocessen ikke blot udfolder sig som simpel observation. Det er således ikke et spørgsmål om at kunne aflæse målinger, men om træne et selvinvolverende blik, hvor selve psyken anes (Jaspers, 1913, 21 i Ratcliffe, 2013). Jaspers italesætter at en objektiv og upersonlig tilgang ikke er uforenlig med en fænomenologisk og empatisk tilgang, men at den empatiske tilgang ultimativt kommer til kort ved bestemte former for vrangforestillinger. Dette betyder dog ikke, understreger Jaspers, at den empatiske tilgang er unødvendig, da man først kan opdage empatiens begrænsninger ved som udgangspunkt at have en sådan tilgang.

Jaspers hovedpåstand er at nogle ’primære’ vrangforestillinger ikke kan forstås fænomenologisk, og han skelner i den ’forvrængede atmosfære’ mellem ’primære vrangforestillinger’, som stammer fra det, han beskriver som en transformation i vores totale bevidsthed om virkeligheden, og ’vranglignende idéer’, der opstår fra erfaring på uforståelige måder (Ratcliffe, 2013). Ifølge Jaspers, er vrangforestillingsmæssige overbevisninger en sekundær bedømmelse, som opstår i konteksten til en mere primær erfaring af vrangforestillinger; det er et indholdsspecifikt symptom på et uspecifikt skift i personens forhold til verden. Det er denne erfaring, Jaspers betegner som ’forvrænget atmosfære’. Hans påstand er således ikke udelukkende at den ’forvrængede atmosfære’ medfører at ’forvrængede overbevisninger’ opstår, men at ’primære vrangforestillinger’ først bliver forståelige i kontekst med et skift i den overordnede erfaringsstruktur; for at begribe en vrangforestilling, må man altså begribe den erfaring, den er rummet i. Problemet udfolder sig derfor således, ifølge Jaspers, at den empatiske tilgang til fænomener som for eksempel skizofreni når sin begrænsning inden man når til en sådan forståelse. Ifølge Jaspers, kan man derfor konstruere nok så mange definitioner på virkelighedens karakter, men vore tanker omkring den vil aldrig kunne svare til et fuldstændigt begreb om virkeligheden, og således nås erkendelsens mulighedsbegrænsning.

**4.1.2.5 Den erfarede virkelighed**

Der er altså, ifølge Jaspers, behov for noget andet og mere end dette rene logiske virkelighedsbegreb; der er også den oplevede og erfarede virkelighed (Jaspers, 1913, 93-94 i Ratcliffe, 2013) - der er således andet og mere til en ’fornemmelse af virkelighed’, end det at betragte fænomener som værende sanseligt tilstedeværende, og det at have overbevisninger. Der kræver som følge en fornemmelse af at være virkelig, for at have en fornemmelse af at være ikke-virkelig, og den ’forvrængede atmosfære’ er således en altomfavnende forandring i formen på erfaring og tanke.

Jaspers redegørelse for skizofreni lægger således vægt på vrangforestillingens form fremfor indhold; selv hvis ’forvrænget atmosfære’ er nødvendig for udformningen af individuelt tematiserede vrangforestillinger, er det derfor alligevel ikke tilstrækkeligt, eftersom yderligere faktorer er nødvendige for at redegøre for det specifikke i den enkelte overbevisning. Individuelt tematiserede vrangforestillinger kan dele træk med andre vrangforestillinger - Jaspers nævner eksempelvis modstanden mod forandring; et skizofrent individ, der lider af vrangforestillinger, vil eksempelvis fastholde sin overbevisning selv i lyset af alle andre erfaringer og argumenter, der beviser – eller taler for det modsatte; forvrængede overbevisninger har ofte fodfæste i et fundament, der modstrider en delt social verden, og fornemmelsen af at tilhøre en offentlig verden, hvor ens perspektiv har gyldighed, er ofte konstituerende for ens ’fornemmelse af virkeligheden’ (Ratcliffe, 2013). I den ’forvrængede atmosfære’ reduceres virkeligheden derfor til en umiddelbar og foranderlig virkelighedsforståelse, og for Jaspers er vrangforestillinger netop indhyllet i en overordnet forandring i erfaringens struktur, hvorfor en fornemmelse af ikke-virkelighed er central for denne forandring.

I det følgende fremgår en teoretisk fremstilling af en bidrager til det fænomenologiske paradigme, Thomas Szasz, der adskiller sig fra Jaspers, idet han ikke kan siges at være moderat i sin positionering i paradigmet.

**4.1.3 Thomas Szasz: myten om psykisk sygdom**

Ifølge Szasz, findes psykisk sygdom ikke. Psykisk sygdom er ikke bogstaveligt talt en ’ting’, man kan diskutere; det er ikke et fysisk objekt, og kan derfor kun eksistere på samme niveau som andre teoretiske begreber gør det. Alligevel bliver psykisk sygdom i mange tilfælde fremført som en objektiv sandhed – altså et faktum. Szasz mener dog at det teoretiske begreb ’psykisk sygdom’ anvendes som årsagsforklaring til utallige og forskellige begivenheder. Til dette byder Szasz ind med et alternativ: i stedet for at anvende begrebet ’psykisk sygdom’ som et indlysende fænomen, teori eller årsag, må man spørge sig selv hvad det lige præcist er, der menes, når man hævder at nogen er psykisk syg. Således postulerer han at begrebet ’psykisk sygdom’ har overskredet den brugbarhed, det måske engang har besiddet, og at det nu blot fungerer som en belejlig myte, hvilket leder ham til at undersøge de hyppigste myter, psykisk sygdom er blevet forbundet med.

**4.1.3.1 *Neurologiske defekter* eller *vanskeligheder i livet***

En af disse myter er at psykisk sygdom er et tegn på sygdom i hjernen, hvor mennesker, der siges at lide af psykisk sygdom, portrætterer varierende særheder i tænkning og adfærd. Disse er dog, ifølge Szasz, netop portrætteringer af sygdomme i hjernen, ikke i sindet, hvilket leder ham til en kritik af den neurobiologiske tilgang til – og forståelse af psykisk sygdom: det at betragte neurologiske defekter, som værende grundlag for disse førnævnte særheder i tænkning og adfærd, er at postulere at mennesket ikke kan opleve besvær eller ulykke, uden det er påviseligt i hjernemekanismer:

*This position implies that people cannot have troubles – expressed in what are now called ”mental illnesses” – because of differences in personal needs, opinions, social aspirations, values, and so on. All problems in living are attributed to physicochemical processes which in due time will be discovered by medical research* (Szasz, 1960)

Denne neurologiske måde at betragte psykiske sygdomme på er, ifølge Szasz, ikke anderledes end den måde, man betragter fysiske sygdomme på – altså, sygdomme i kroppen. Således mener han at den neurologiske måde at betragte psykiske sygdomme på, kun efterlader en væsentlig forskel mellem fysiske – og psykiske sygdomme, hvilket er at psykiske sygdomme manifesterer sig ved at påvirke hjernen og give psykiske symptomer, mens fysiske sygdomme manifesterer sig ved at påvirke andre organer og giver symptomer på disse organer. Ved denne neurobiologiske måde at betragte psykiske sygdomme på, mener Szasz dog, man begår to fundamentale fejltagelser.

For det første, argumenterer Szasz at en sygdom i hjernen er en neurologisk defekt, og ikke vanskeligheder i livet. At en person eksempelvis har nedsat syn, kan derfor meget vel begribes på tilfredsstillende vis ved at forbinde det med kvæstelser i nervesystemer, men en persons overbevisninger kan ikke forklares som resultat af en lidelse eller kvæstelse i nervesystemet. Dette mener han gælder alle overbevisninger fra religiøse og politiske til mere bizarre overbevisninger for eksempel om at ens indre organer er rådne, og at ens krop allerede er død (Szasz, 1960). Såfremt man overhovedet er interesseret i at begribe sådan en overbevisning, og ikke blot mener at overbevisningen er et symptom på – eller udtryk for noget andet, mener Szasz at dette bør gøres ad helt andre veje.

For det andet begås der, ifølge Szasz, en epistemologisk fejl, når man betragter kompleks menneskelig adfærd som symptomer på neurologiske forandringer – en fejl, der manifesterer sig i den måde, man organiserer og udtrykker viden på. Szasz postulerer således at man danner en symmetrisk dualisme mellem psykiske og fysiske symptomer; i medicinsk praksis, taler man om symptomer på forstyrrelser i fysikken, som eksempelvis smerte. Med mentale symptomer refererer man dog til at en psykisk syg persons måde at kommunikere både om sin omverden, sig selv og om andre:

*He might state that he is Napoleon or that he is being persecuted by the Communists. These would be considered mental symptoms only if the observer believed that the patient was not Napoleon or that he was not being persecuted by the Communists* (Szasz, 1960)

Szasz mener således at man udelukkende kan afgøre om noget er et symptom på en psykisk lidelse, ved at tage stilling til ens egen holdning overfor et sådan symptom; for eksempel ved at lave en individuel vurdering af hvorvidt patienten bliver – eller ikke bliver forfulgt af kommunister. Som følge af dette, vil en vurdering af symptomer på psykisk sygdom være forbundet med den sociale – og etiske kontekst, hvori det postulerede symptom manifesterer sig, på samme måde som et symptom på fysisk sygdom manifesterer sig i anatomiske og genetiske kontekster. Heraf den postulerede dualisme.

**4.1.3.2 Abstraktion som årsagsforklaring**

En anden myte er, ifølge Szasz, at begrebet ‘psykisk sygdom’ anvendes til at identificere træk ved et individs personlighed, hvor den psykiske sygdom således anses som værende årsag til at personligheden forvrænges og kommer i disharmoni, hvorfor Szasz argumenterer at man gennem en sådan forståelse af psykisk sygdom nødvendigvis må betragte interaktion mellem mennesker som værende harmonisk i sin essens (Szasz, 1960). Som følge af dette, kan forstyrrelse af denne harmoniske sociale tilstand udelukkende skyldes at psykisk sygdom er til stede. Dette falsificerer Szasz, idet han fremfører det som værende ugyldigt først at anføre psykisk sygdom som abstraktion for at forklare bestemte typer adfærd, og derefter at anføre denne abstraktion som årsag. Således må man afgøre hvilken type adfærd, der er afvigende, og hvilken norm, adfærden afviger fra, hvorved et paradoks i begrebet psykisk sygdom manifesterer sig, ifølge Szasz. Normen, hvormed man afgør hvad afvigende adfærd er, må være psykosocial samt etisk, men måden hvorpå man behandler denne afvigende adfærd, har rod i et helt andet felt, nemlig medicin:

*The definition of the disorder and the terms in which its remedy are sought are therefore at serious odds with one another.  The practical significance of this covert conflict between the alleged nature of the defect and the remedy can hardly be exaggerated* (Szasz, 1960)

Eftersom medicinsk indgriben er udviklet for at afhjælpe medicinsk disharmoni, argumenterer Szasz at det er logisk absurd at forvente at medicinsk indgriben skulle kunne løse vanskeligheder, hvis eksistens defineres på baggrund af et ikke-medicinsk fundament.

**4.1.3.3 Normalitetsbegreber i psykiatri og diagnosticering**

Den nutidigt dominerende neurologiske forståelse af psykisk sygdom står i direkte modsætning til Szasz overbevisning om at begrebet ‘psykisk sygdom’ blot er et teoretisk begreb, der dækker over de problemer, tilværelsen byder social interagerende mennesker. Den neurobiologiske forståelse beskriver psykisk sygdom som værende ligeså reel og objektiv, som fysisk sygdom, hvormed man, ifølge Szasz, formulerer forestillingen om at psykisk sygdom er en form for sygdomsentitet, på lige fod med eksempelvis en infektion. Hvis dette er sandt, fremfører han, bør man kunne få – eller blive smittet med en psykisk sygdom, på samme måde, som man kan med en infektion, hvorfor man på samme måde ville kunne komme af med den igen:

*In my opinion, there is not a shred of evidence to support this idea.  To the contrary, all the evidence is the other way and supports the view that what people now call mental illnesses are for the most part communications expressing unacceptable ideas, often framed, moreover, in an unusual idiom* (Szasz, 1960)

Diagnosticeringen af den psykiske lidelse vil, ifølge Szasz, altid afhænge af psykiateren, og dennes vurdering af hvad, der er ‘normalt’ i forhold til det samfund, patienten afviger fra. Derfor modsætter Szasz sig den dominerende tendens til at afvise at der er moralske aspekter af psykiatri og psykoterapi, og derved ligeledes tendensen til at betragte psykiatri og psykoterapi som rene værdiforladte og medicinske overvejelser (Szasz, 1960). Ifølge Szasz, medfører nutidens videnskabelige adfærdsteorier at man ikke accepterer, hvad han titulerer som et simpelt faktum, at relationer mellem mennesker er gennemsyrede af besværligheder, hvorfor et forsøg på at harmonisere disse relationer, kræver enormt arbejde samt tålmodighed. Som følge af dette, argumenterer Szasz at begrebet ‘psykisk sygdom’ tager fokus væk fra at koncentrere sig om menneskelige relationer, og det komplekse i konflikter mellem menneskelige værdier og behov, til fordel for en amoralsk og upersonlig ting (en sygdom), som forklaring på problemer i den menneskelige tilværelse (Szasz, 1960).

Rent konkluderende kan det således understreges at Szasz afviser at der findes psykiske sygdomme, men at dette ikke skal forstås som en afvisning af de psykologiske og sociale fænomener, begrebet dækker over. Blot er det, ifølge Szasz, en ambition om at fjerne disse psykologiske og sociale fænomener;

*(…) from the category of illness, and that they be regarded as the expressions of man's struggle with the problem of how he should live. The last mentioned problem is obviously a vast one, its enormity reflecting not only man's inability to cope with his environment, but even more his increasing self-reflectiveness* (Szasz, 1960)

For at opnå dette, foreslår Szasz dybere forståelse og således handling baseret på en sådan dyb forståelse, og han udtrykker sågar et historisk ansvar for at prioritere en sådan dyb forståelse for menneskets kamp med tilværelsen, istedet for at skjule vores ansvar for forståelse overfor vores medmennesker bag et altforklarende begreb om psykisk sygdom. I denne optik bliver begrebet ‘psykisk sygdom’ blot en belejlig myte til at slippe for ansvaret for at dyrke medmenneskelig forståelse. Formålet med en myte er, ifølge Szasz, at den skal virke som hvad han kalder ‘social tranquilizers’ (Szasz, 1960), hvilket insinuerer at man kan beherske problemer gennem substituerende foranstaltninger. Derfor er begrebet ‘psykisk sygdom’ hovedsageligt en måde at sløre, hvad Szasz omtaler som et faktum; at livet er en kamp, som ikke tager ende, før selve livet tager ende, for efter mennesket har sikret sin biologiske og fysiske overlevelse, medfører bevidstheden om mennesket selv, og verden omkring det, at det ustandseligt kæmper med eksistentielle spørgsmål. Det er disse spørgsmål, Szasz mener, mennesket undgår at stille sig selv, så længe psykisk sundhed, opfattet som fraværet af psykisk sygdom, opfattes som garanti for fornuftige valg i menneskets livsførelse. Her postulerer Szasz at det i realiteten forholder sig direkte modsat; det er fornuftige valg i livet, som udefrakommende betragter som tegn på psykisk sundhed (Szasz, 1960)!

Den altoverskyggende myte bag begrebet ‘psykisk sygdom’ er derfor, ifølge Szasz, at menneskers tilværelse og interaktion med hverandre ville være harmonisk, hvis der ikke fandtes psykiske sygdomme. Szasz’ grundlæggende argument er derved at det ér muligt at opnå en harmonisk menneskelig tilværelse i et større perspektiv, men ikke så længe man substituerer at forholde sig til reelle problemer med symptombehandling; “for instance, fighting the battle of stomach acid and chronic fatigue instead of facing up to a marital conflict” (Szasz, 1960). At forholde sig til det reelle problem, som begrebet ‘psykisk sygdom’ er skalkeskjul for, kræver ifølge Szasz mod og integritet hos det enkelte menneske og hos samfundet som helhed til at takle personlige, sociale og etiske konflikter (Szasz, 1960).

I det følgende introduceres den naturalistiske psykiatri gennem et udpluk af naturalistiske tænkere, der gør sig bemærket i nutiden, med det formål at fastslå en solid forståelse af det billede, den naturalistiske psykiatri tilbyder af fænomenet ’skizofreni’. Det er derfor ligeledes følgende afsnits funktion at illustrere de i paradigmebeskrivelsen italesatte varierende forpligtigelser overfor det naturalistiske paradigme.

**4.2 Det naturalistiske paradigme i psykiatri**

I det følgende illustreres den naturalistiske psykiatri fra forskellige vinkler. Indledningsvist fremgår et eksemple på hvorledes forskere anvender det naturalistiske paradigme i praktisk forskning. Følgende en fremstilling af en populærvidenskabelig naturalistisk forståelse af mennesket, hvorefter skildringen af det naturalistiske paradigme uddybes og differentieres gennem to dominerende naturalistiske tænkere.

Dette for at danne et billede over hvilke argumenter og kriterier, der lægger bag ved - og lægges vægt på, indenfor den såkaldte naturalistiske psykiatri.

**4.2.1 Thomas Werge: naturalisme i forskning**

Forskningschef for dansk forskerteam på Forskningsinstitut for Biologisk Psykiatri på Psykiatrisk Center Sct. Hans, Thomas Werge (Werge) annoncerede i 2008 at være kommet tættere på skizofreniens årsag; sammen med et europæisk videnskabeligt konsortium, har Werge og hans forskerteam konstateret at bestemte ændringer i den menneskelige arvemasse kan føre til skizofreni. Werge konkluderede i sin forskning fra 2008 at skizofreni kan opstå som følge af tre uafhængige mutationer i den menneskelige arvemasse, hvilke eliminerer større stykker af kromosom 1 og kromosom 15, og dette, argumenterer Werge, tyder på at der findes forskellige former for skizofreni, som opstår som følge af forskellige former for mutation. De samme mutationer er i øvrigt fundet i enkelte personer, der lider af autisme.

Forskningen fra 2008 viser yderligere, forklarer Werge, hvorfor skizofreni kan opstå i familier, som ikke tidligere har været ramt af sygdommen, og hvordan sygdommen i andre tilfælde kan nedarves fra forældre til børn. Werge konkluderer at de genetiske mutationer opstår på det tidspunkt, hvor forældrenes kønsceller dannes - det vil sige i fosterstadiet.

Ifølge Werge, har skizofreni som fænomen været omgivet af mange myter, som for eksempel at det er en naturlig reaktion på et sygt samfund, men at man i 20-30 år har vidst at skizofreni med stor sandsynlighed er genetisk betinget. Til trods for det, forklarer Werge, har ”myterne” levet videre. Werge mener at kunne definitivt afskaffe disse ”myter” ved at have dokumenteret konkrete ændringer i menneskets arvemasse, som medfører risiko for at man udvikler skizofreni, hvortil han føjer at forskningen i fremtiden kan føre til at det bliver nemmere at stille diagnosen, forbedre behandling og give forebyggende behandling til patienter, der er disponeret for sygdommen. Han tilføjer imidlertid at hans forskning ikke kan forklare alle tilfælde af skizofreni, og at miljøfaktorer i en vis udstrækning kan påvirke risikoen for at udvikle ’skizofreni’, men at man ikke har nogen idé om hvordan de mekanismer fungerer. Han udtrykker således at han godt kan forestille sig at bestemte miljøpåvirkninger kan fremme risikoen for de genetiske ændringer, som ham og forskerteamet har konstateret (TV2).

Werge fik bevilliget 7,6 millioner kroner af Lundbeckfonden til et projekt om genetisk diagnostik af skizofrene. Thomas Werge arbejder på at få introduceret genetisk rådgivning, diagnostik og screening i klinisk praksis i forhold til ’skizofreni’. Klinisk gør Werges forskning det for første gang muligt at anvende en genetisk test til diagnosticering, genetisk rådgivning og screening for skizofreni, og videnskabeligt giver resultaterne et udgangspunkt for at studere konkrete sygdomsprocesser i hjernen, samt at udvikle celle – og dyremodeller for skizofreni (TV2).

**4.2.2 Peter Lund Madsen: den menneskelige bevidsthed eksisterer kun i hjernen**

I 2012 udgav den i Danmark populære hjerneforsker, Peter Lund Madsen (Lund Madsen), en bog om hjernen med titlen *Dr. Zukaroffs testamente* (Madsen, 2012). Dr. Zukaroffs karakter manifesterer sig i bogen som en form for ’overjeg’, som assisterer Lund Madsen i arbejdet med at skrive bogen om hjernen. Bogen er således en form for populærvidenskabelig spændingsroman, som integrerer hjernen som videnskabeligt emne på en skønlitterær facon. Lund Madsen har udtalt om - og i bogen at læseren vil vide, hvad der er ”værd” at vide om hjernen, efter bogen er læst. Bogen er derfor interessant i forhold til nærværende specialearbejde, idet den illustrerer det reduktionistisk naturalistiske blik på mennesket, og derved arbejdet med fænomener i bevidsthedslivet, herunder psykiatri. Lund Madsens forsøg på at redegøre for hjernens indflydelse på bevidstheden er således ikke et direkte udspil fra psykiatrien, men en indirekte måde at begribe den naturalistiske tankegang på.

Tydeligt er det at Lund Madsens ærinde med denne bog er at forvandle hjerneforskning fra et svært tilgængeligt emne for lægpersoner, til et begribeligt koncept. Han fremstiller således menneskets naturhistoriske udvikling, og berører ligeledes mere filosofiske begreber, som for eksempel bevidsthed.

Eksempelvis forklarer Lund Madsen om hypothalamus, hvor menneskets basale drifter og primitive motivation er lokaliseret. Ifølge Lund Madsen, er mennesket underlagt hypothalamus’ såkaldte ”mørke krafter”:

*Hypothalamus laver ballade, men den er også uundværlig. Hypothalamus er hjernens kraftværk. Det er herfra, vi får vores grundlæggende drivkraft. Det er ikke nogen intellektuel affære, men det er hypothalamus, der giver os overlevelsesenergien, som sørger for, at vi kommer ud af sengen om morgenen og får os videre i teksten. Hypothalamus er hjernens store bankende, fremaddrivende hovedmotor* (Madsen, 2012, 134)

Lund Madsen postulerer at man i løbet af de næste 50 års medicinske fremskridt vil opnå forskningsresultater, der kan nedsætte eller helt fjerne ”hypothalamus’ dødelige magt” (Madsen, 2012, 134). En sådan ind - og omsiggribende forandring i selve den menneskelige hjernes grundkonstruktion vil ifølge Lund Madsen bidrage til at ”vi vil få bedre kontrol over vores liv, og det skal nok blive ligeså sjovt alligevel. Afgrundsromantik er en disciplin, der hører fortiden til” (Madsen, 2012, 134). Begrebet ’kontrol’ bliver således fremhævet og prioriteret på bekostning af ’tunge’ og ’dunkle’ følelser, som Lund Madsen bruger begrebet ’afgrundsromantik’ til at illustrere. Af dette konkluderer han at der er én ting, som adskiller mennesket fra det primitive dyr, og denne ene ting er et sted i hjernen: storhjernen. Mellem hypothalamus og storhjernen udspiller sig således, ifølge Lund Madsen, en kamp mellem hvad han betegner som ’natur’ og ’kultur’, og han understreger herefter hvad han betragter som en ’moderne’ tendens til at søge efter den del af sjælen, der ikke er ”kuet af kulturens kontrol” (Madsen, 2012, 135) – en ’sjælens kerne’ eller ’sit inderste jeg’, tituleres det i bogen. Men en sådan søgen er formålsløs, ifølge Lund Madsen, idet der ikke kan være tale om en sådan del af sjælen eller af mennesket:

*Der er ikke noget, der skal slippes fri. Tværtimod. Der skal være kontrol. Ikke kontrol som i en soldaterlejr, men fornuftens og kulturens oplyste kontrol. Sindet har ikke nogen kerne, og der er ikke noget oprindeligt sandt. Det eneste, vi finder allerinderst inde i vores mørke ensomme sind, er hypothalamus og alle de basale drifter (…) Det er jo det, der gør os til mennesker* (Madsen, 2012, 135)

Således formulerer Lund Madsens den reduktionistiske naturalisme, idet han postulerer at der ikke findes nogen ’sindets kerne’, og at det, der gør mennesket til et menneske, netop er hjernen.

I det følgende fremgår en forholdsvis kontroversiel naturalistisk tænker; Christopher Boorse, hvis tænkning både udfolder sig som funktionalistisk, naturalistisk og alligevel på enkelte områder med socialistiske tendenser.

**4.2.3 Christopher Boorse: en teori om mental sundhed**

Den amerikanske filosof, Christopher Boorse (Boorse), er kendt for at være fortaler for en såkaldt *biologisk sygdomsmodel*. Han arbejder ud fra et begreb om ’artstypiske funktioner’, hvilket han blandt andet beskriver som værende de biokemiske og fysiologiske funktioner, som, ifølge Boorse, er blevet indbygget i mennesket gennem evolutionen. Ifølge *den biologiske sygdomsmodel*, opstår sygdom i et menneske derved når en funktion[[22]](#footnote-22) afviger fra den ’artstypiske’ funktion, hvorfor man derved afgør hvorvidt en givet organisme er syg, ved at vurdere om tilstanden forringer organismens evne til at føre arten videre, i sammenligning med artsgennemsnittet (Boorse, 1977).

Ifølge Boorse, hersker der blandt professionelle bred enighed om at begrebet ’mental sundhed’ er indhyllet i uforståelighed. Boorse mener at forestillingen om at begrebet ’psykisk sygdom’ er socialt skadeligt, som man ser hos Szasz, er et minoritetssynspunkt, men at der dog til stadighed hersker uenighed om hvad begrebets modsætning ’mental sundhed’ betyder, hos de, der stadig har tiltro til begrebet. Dette mener Boorse er tilfældet af to årsager: der mangler for det første en overordnet og fastlagt videnskabelig teori, som psykiatrien kan hvile på, og som der er bred konsensus omkring i den psykiatriske disciplin, og for det andet hersker der uvildighed blandt teoretikere, der arbejder med mental sundhed og psykiske lidelser, til at betragte fysiologi som et paradigme. Modvilligheden til at danne forbindelser mellem mental - og fysisk sundhed invaliderer, ifølge Boorse, klinisk diskussion, fra avancerede teorier til analyse af bestemte lidelser[[23]](#footnote-23). Boorse mener at årsagen er at teori og praksis omkring mental sundhed opstod indenfor fysiologisk medicin, hvilket han kalder en ”mature and fairly well-articulated body of thought” (Boorse, 1976, 61). Professionelle, der beskæftiger sig med psykiske sygdomme, bør derfor, ifølge Boorse, overordnet set være enige om, hvad normerne for den ’sunde personlighed’ er (Boorse, 1976, 61).

Boorse mener at der kun er to begrebslige muligheder, som er konsekvente overfor tydelighed og socialt ansvar: enten kan man afvise hele det medicinske ordforråd, som Szasz gør det, og derved basere klinisk psykologi - og psykiatri på andet end begreberne ’sundhed’ og ’sygdom’, eller også kan man vedblive med at anvende det medicinske ordforråd, på samme facon, som det anvendes i fysiologisk medicin, og acceptere de konsekvenser, det har for det psykologiske domæne, hvilket Boorse er fortaler for.

Han postulerer at idéen om ’sundhed’ i fysiologisk medicin er ligeså direkte anvendelig på sindet, som det er på kroppen, og konkluderer at alle accepterede måder at fremskaffe idealer om ’mental sundhed’ er upassende, men at man alligevel kan lære noget om mental sundhed ud fra de gældende kliniske kriterier (Boorse, 1976, 62).

**4.2.3.1 Filosofisk analyse af sundhed og sygdom**

Boorse fremfører at grunden til, der er så meget forvirring omkring den ’medicinske model’ er at fysiologisk medicin aldrig har beskæftiget sig med at frembringe nogen klar filosofisk analyse af hvad dets begreber ’sundhed’ og ’sygdom’ indebærer. Boorse opsummerer sin egen forståelse af begreberne som følger. En organisme er ’sund’, så lang tid den ikke er sygdomsramt. En ’sygdom’ er en form for indre tilstand i organismen, som forstyrrer en naturlig funktions opførsel, som er karakteristisk for organismens alder, som for eksempel et ’artstypisk’ form for bidrag til overlevelse og reproduktion, eller som ikke blot er artens natur; at det enten er atypisk for arten, eller, hvis det er typisk for arten, hovedsageligt er forårsaget af miljømæssige årsager (Boorse, 1976, 62-63).

Om denne analyse foreslår Boorse, der er to afgørende punkter; for det første er sygdomme indblanding i naturlige funktioner, og for det andet er begrebet ’sygdom’ værdifrit, eftersom den funktionelle organisering, der er typisk for en art, er et biologisk faktum. Derfor kan spørgsmålet om hvorvidt en organisme er ’syg’ eller ej, ifølge Boorse, i princippet afgøres ved hjælp af naturvidenskabelige metoder. Det modsatte syn af det, Boorse fremfører her, er, ifølge ham, kun populært fordi det ikke er lykkes at skelne mellem idéen om en ’sygdom’ og den, ifølge ham, meget mere snævre idé om en ’lidelse’; ’sygdomme’ bliver kun ’lidelser’, når de opfylder bestemte yderligere normative betingelser (Boorse, 1976, 63).

Man må således skelne mellem to spørgsmål, ifølge Boorse: for det første, må man spørge om ’psykisk lidelse’ giver mening, og for det andet, må man spørge om ’psykisk sygdom’ giver mening. Af disse to, er Boorse beskæftiget med det sidste spørgsmål: giver psykisk sygdom mening? Han postulerer således at analysen af ’sundhed’ ikke har nogen form for partiskhed overfor kroppen fremfor sindet. ’Fysisk sundhed’ er ganske simpelt, ifølge Boorse, en speciel tilstand, man opnår, ved at fokusere på fysiologiske processers funktioner, og ’mental sundhed’ bliver således en speciel tilstand, man opnår, ved at fokusere på mentale processers funktioner, og derfor må der nødvendigvis findes ’mental sundhed’, såfremt der findes ’mentale processer’. Hvis bestemte former for ’mentale processer’ udfører standard funktioner i menneskelig adfærd, er det, ifølge Boorse, vanskeligt at forestille sig nogen grund til ikke at kalde en given form for forhindring for disse funktioner for ’mentale sygdomme’, ligesom man gør i fysiologien (Boorse, 1976, 64). Der findes en enorm mængde fysiske og kulturelle forhold, som det menneskelige sind kan tilpasse sine funktioner, argumenterer han, og denne tilpasningsevne er uset i alle andre lag af det biologiske kongerige. På trods af dette, kan man med relativ lethed opridse nogle karakeristika for de menneskelige funktionelle processer, uden at skulle anvende en kontroversiel psykologisk teori, mener Boorse:

*Drives serve to motivate it. Anxiety and pain function as signals of danger, language as a device for cultural co-operation and cognitive enrichment, and so on. If these and other mental processes play standard functional roles throughout the species, we seem to have everything requisite for the possibility of mental health* (Boorse, 1976, 64)

Det er derfor, ifølge Boorse, ikke korrekt at sige at hvis mentale tilstande er kropslige, fremfor psykiske, er psykiske lidelser netop lidelser i hjernen eller nerverne – hvis man siger det, er der ikke behov for et begreb om mental sundhed, som adskiller sig fra fysisk sundhed. At sige at enhver persons psykiske sygdom er en fysisk tilstand, er, ifølge Boorse, ikke det samme som at sige at enhver psykisk sygdom er en fysisk sygdom. Sygdomme som kræft og skizofreni er, ifølge Boorse, essentielt set universaler fremfor enkeltheder; de er derfor typer af tilstande, som er eksemplificeret i enkelte patienter. Forskellige skizofrene patienters hjerner kan vise ingen specifikt ens neurologiske distinktioner. Selvom de kan eksemplificeres neurologisk, er psykiske sygdomme således nogen gange ikke fysiske sygdomme, fordi de ikke er mulige at definere fysiologisk (Boorse, 1976, 67):

Psykisk sygdom er således, ifølge Boorse, ikke bare et udtryk for obskure hjernesygdomme, eftersom mange tilstande med obskure neurologiske baser, som fx ordblindhed og afasi ikke normalt kaldes psykiske sygdomme. Hvis det psykiske ordforråd ikke kan defineres neurologisk, kan man ikke reducere psykens kausale love til kroppens kausale love, og således konkluderer Boorse at have retfærdiggjort en adskilt videnskab om mental sundhed. Han argumenterer at hvis man betragter psykiske lidelser som tilstande i hjernen, går man ofte ud fra at man skal anvende fysiske metoder som medicin og operation som behandlingsmiddel (Boorse, 1976, 67), og dette er uberettiget, ifølge ham; om en psykisk tilstand er dysfunktionel eller ej, er ikke nødvendigvis tydeligt ud fra fysiske udkigspunkter. Han mener således at det, der truer begrebet ’psykiske sygdomme’ er benægtelsen af muligheden for psykisk kausalitet, hvorfor idéen om mental sundhed på dette tidspunkt, ifølge Boorse, kan udgøre et selvstændigt felt indenfor klinisk teori.

En teori om ’mental sundhed’ kan således ikke afgøre noget om et menneskes sociale adfærd – det er forbeholdt empiriske undersøgelser. Der imod må teori om ’mental’ såvel som fysisk sundhed udelukkende være en beskrivelse af hvorledes mennesket ér opbygget, og ikke hvorledes mennesket bør være opbygget, ifølge Boorse (Boorse, 1976, 70).

**4.2.4 Patricia Smith Churchland: neurobiologi og bevidsthed**

Den amerikanske filosof, Patricia Smith Churchland (Churchland) er kendt som fortaler for en neurobiologisk forståelse af den menneskelige bevidsthed. Den centrale del af hendes forskning er udfoldelsen af hendes hypotese om at det menneskelige sind *er* hjernen.

Denne hypotese kom blandt andet til udtryk i en tale til, Churchland holdte for *The American Philosophical Association* i 1994, hvor hun beskrev sine tanker om hvorvidt neurobiologi kan lære os noget om bevidsthed (Churchland, 1994).

I talen forklarede Churchland at det menneskelige nervesystem har evnerne til at sanse, lære, huske, planlægge, træffe beslutninger, handle, være vågen, være opmærksom, være bevidst. Selvom neurovidenskaber har gjort fremskridt i dette århundrede, ved man ifølge Churchland stadig ikke hvad, der gør at mennesket er bevidst. Hun mener at det at mennesket har kontrol over sine bevægelser er ligeså mystisk, som det at mennesket er bevidst. Selvom der er meget, man ikke kan forklare, mener Churchland stadig der er grund til optimisme, idet hun argumenterer for at kognitive neurovidenskaber allerede er nået længere i forklaringerne end hvad skeptiske filosoffer har postuleret at være mulig viden (Churchland, 1994), hvilket hun mener er grund til optimisme omkring yderligere fremskridt. Idet Churchland postulerer at neurovidenskaberne kan gøre rede for de fysiske mekanismer, der tjener psykologiske funktioner, mener hun at kunne bevise at det er hjernen, der udfører disse funktioner, og at det derfor er hjernens evner, der er ligger til grund for det menneskelige sinds evner. Således afviser Churchland den descartianske dualisme, som hun kalder ”spooky stuff” (Churchland, 1994), til fordel for hvad hun kalder en hypotese med høj sandsynlighed for at være sand. Hun kalder den hypotese, for at understrege at hypotesen om at alt afhænger af hjernen er baseret på empiriske forhold – ikke begrebslig analyse, eller a priori indsigt.

Churchland beskriver hendes måde at begribe psykologiske kapaciteter på som værende reduktionistisk; at anvende en reduktionistisk strategi for at forsøge at begribe makro niveauer, som psykologisk kapacitet, via mikro niveauer, som neurologi, er, ifølge Churchland, en nødvendighed.

Hun argumenterer således for at videnskaber arbejder sammen for at begribe bevidsthedsprocesser. Derfor bør man forske på flere niveauer på samme tid; fra molekyler, til netværk, til systemer, til hjerneområder og til adfærd. Churchland mener således at hypoteser fra forskellige niveauer kan udvikle sig sammen, idet de retter - og informerer hinanden. Derved understreger hun at det er vigtigt at erkende at man ikke begriber præcist hvad hjernen i realiteten gør, og at man derfor bør være bevidst om at selv de mest vellidte intuitive forestillinger, man har om sindet og hjernen og deres funktion, blot er hypoteser, og ikke transcenderende absolutter eller introspektive givne sandheder.

Idet Churchland er fortaler for at implementere en reduktionistisk tilgang til spørgsmålet om den menneskelige bevidsthed, søger hun at forsvare denne tilgang ved at tage stilling til fem typiske protester mod at fokusere på en reduktionistisk neurobiologisk tilgang til bevidstheden. Ud af disse fem typiske protester, har jeg valgt at fremhæve en[[24]](#footnote-24).

Den første typiske protest, Churchland fremfører lyder at målet med en neurobiologisk forståelse af bevidstheden er absurd og usammenhængende. Den reduktionistiske forskningsstrategi afvises, ifølge Churchland, ofte med argumentet om at man ikke kan forestille sig at eksempelvis følelsen af smerte har rod i neuroners aktivitetsmønster i hjernen. At mennesket har svært ved at begribe neurale mekanismer hænger dog, ifølge Churchland, sammen med hvor lidt man egentlig ved om hvordan hjernen ”en-neurons” (Churchland, 1994) diverse evner. Churchland pointerer at det ikke er første gang, filosoffer afviser noget, fordi det ikke er til at forestille sig, hvor efter det senere har vist sig at være sandt. Derfor er vanskeligheden ved at forestille sig noget, kun netop det: at det ikke er muligt at forestille sig, argumenterer Churchland, og dette er blot én psykologisk evne blandt mange. Der er således intet metafysisk interessant eller epistemologisk faktuelt ved at afvise noget, fordi man ikke kan forestille sig det – det, argumenterer Chuchland, er blot at fremstille sin egen ignorance. Derfor kan man ikke sige at videnskabens grænse går til a priori indsigt. Hun mener således at hvad der engang har været a priori sandheder i løbet af historiens udvikling har vist sig at være empiriske a posteriori fusere. Churchland postulerer således at det, mennesket kan lære af denne udvikling, er at vores intuition kan tage fejl (Churchland, 1994).

I det følgende fremgår en opsamlende analyse på de teoretiske bidrag, som de har udfoldet sig i beskrivelsen af det fænomenologiske – og naturalistiske psykiatriske paradigme.

**5.0 Opsamlende analyse**

I det følgende tages de teoretiske bidrag op til en opsamlende analyse, med formålet at belyse hvilke tanke – og erkendelsesbevægelser, der manifesterer sig. Dette afsnit fungerer således som udredende og indledende analyse for efterfølgende uddybende analyse.

**5.1 Klassificeringssystemer**

Indledningsvist kan det postuleres, som fremført af Jaspers, at selve dét at systematisere psykiske lidelser i et klassifikationssystem, som i ICD-10 og DSM-IV-TR, reducerer bevidsthedsmekanismer til noget naturalistisk; det er ikke kliniske billeder, man har med at gøre, men deciderede kriterier, da man specificerer eksakte adfærdsformer og antal symptomer, som skal være tilstede, for at udløse en diagnose. Subjektiv vurdering reduceres via et sådan klassificeringssystem, således at man i højere grad taler om hvorvidt en patient lider af skizofreni eller ej, end man taler om gradsforskelle i patologi.

Diagnoseværktøjer som ICD-10 og DSM-IV-TR udfolder sig imidlertid som omfattende komplekse interaktioner mellem både psykologi, biologi og neurologi, hvorfor det er besværligt at identificere det naturalistiske paradigme udenfor det fænomenologiske paradigmes kontekst i diagnoseværktøjerne et vice versa. Klassifikationssystemernes styrke kan blandt andet siges at ligge i at det alt andet lige er muligt at ændre en forkert klassifikation, hvorimod en manglende klassifikation kan være medvirkende til at skabe usikker handlen (Mortensen, 2003, 353). Det kan dog postuleres at en naturalistisk reduktionistisk indordning af fænomener i psyken i et systematisk klassifikationssystem, indhyller disse fænomener i arbejdshypoteser, og nedprioriterer subjektive egenskaber hos den individuelle patient (Østergaard, 1992).

**5.1.1 *First-rank* symptomer**

Som tidligere nævnt, anfører DSM-IV-TR og ICD-10 tilstedeværelsen af ét af Schneiders *first-rank* symptomer, i forbindelse med vrangforestillinger og hallucination, som værende symptomatisk tilstrækkeligt for en skizofreni diagnose[[25]](#footnote-25). Dette kritiseres af blandt andre Parnas et al., som fremfører at både DSM-IV-TR og ICD-10 fremhæver og hviler på *first-rank* symptomer i en grad, som ikke understøttes af empirisk evidens. Som følge af dette, vurderer Parnas et al. at fremtidige revisioner af disse diagnosesystemer bør tillægge *fist-rank* symptomerne mindre betydning, såfremt symptombeskrivelsernes nuværende form ikke revurderes. Er ønsket at validere anvendelsen af Schneiders *first-rank* symptomer i diagnosesystemer, bør man, ifølge Parnas et al., således implementere et fænomenologisk perspektiv, samt en homogen gruppe patienter på tværs af et diagnosespektrum (Parnas et al., 2008).

Som følge af dette, manifesterer sig et uundgåeligt spørgsmål om hvorvidt det er i Schneiders ånd at fastslå at ét *first-rank* symptom er tilstrækkelig symptomatisk evidens for en skizofreni diagnose, som det fremføres i DSM-IV-TR og ICD-10, og derved abstrahere et enkelt *first-rank* symptom fra den helhed, det manifesterer sig i. Her er det værd at nævne at Schneiders *first-rank* symptomer blev udarbejdet ud fra interaktion med over 3000 patienter[[26]](#footnote-26), hvorved symptombeskrivelserne fødtes af arbejdet med fænomenologien i empirisk virkelighed - ikke teoretisk reduktion. Det kan derfor postuleres at det, at fremføre ét *first-rank* symptom som værende tilstrækkelig evidens for en skizofreni diagnose, er en massiv teoretisk reduktion af Schneiders arbejde, hvorfor måden hvorpå Schneiders *first-rank* symptomer anvendes i ICD-10 og DSM-IV-TR kan være med til at illustrere hvorledes et fænomenologisk udarbejdet diagnoseinstrument, som Schneider skabte det, anvendes tvivlsomt på reduktionistisk evidensbaseret vis. Netop dette kan være medvirkende til at så tvivl omkring symptomernes validitet og således i sidste ende lidelsens væsen.

**5.2 Fællestræk i kritik**

I forsøget på at arbejde hen imod udviklingen af et perspektiv på et samarbejdende forhold mellem det naturalistiske – og det fænomenologiske paradigme, er det væsentligt at forholde sig til de punkter, hvorpå de respektive paradigmer kritiserer - og i det hele taget forholder sig til hinanden, og i denne forbindelse ligeledes hvilke konsekvenser dette indbyrdes forhold kan siges at have for eksempelvis for behandling af skizofreni. Dette for at tydeliggøre hvorledes der sættes fokus på en adskillelse af paradigmerne, hvilket forstærker den symbolske kløft i psykiatrien. Denne forholden-sig til hverandre, tydeliggøres i den efterfølgende uddybende analyses nærmere granskning af de fremførte argumenter for de respektive paradigmatiske anskuelser af skizofreni. Jeg vil dog alligevel i følgende afsnit tilbyde et indledende blik på punkter, hvor den gensidige kritik har fællestræk, idet jeg mener at et arbejde hen imod et perspektiv på en helhedsorienteret forståelse af skizofreni forudsætter et opmærksomt blik på kernepunkter, der opretholder adskillelse og således abstraktion.

**5.2.1 Symptomers specifikke diagnostiske karakter for skizofreni**

Kritikere har fremført at *first-rank* symptomer også kan forekomme i ikke-skizofrene lidelser, og at de derfor ikke er specifikke eller diagnostiske for skizofreni (Trimble, 1990).

Det kan imidlertid postuleres at være en tvivlsom kritik at fastslå at *first-rank* symptomerne kan forekomme ved andre lidelser, og derfor ikke kan siges at være diagnostiske for skizofreni, idet det hos Schneider er kombinationen af *first-rank* symptomerne, der er afgørende (Schneider, 1959).

At angive symptomer, som i særdeleshed, men ikke udelukkende, er kendetegnene for en lidelse, ses i øvrigt også indenfor det naturalistiske paradigme, hvilket eksemplificeres i det foregående eksempel på naturalistisk forskning i skizofreni, hvor forskningschef Werge identificerer forskellige mutationer af menneskelig arvemasse, som han konkluderer kan være tegn på at der findes forskellige former for skizofreni, men også at disse mutationer er konstateret hos personer, der lider af autisme. I dette tilfælde er det en fysisk forandring i kroppen, der manifesterer sig som symptom, mens det hos Schneider er adfærdsmæssige symptomer. Om det givne symptom manifesterer sig fysisk, tanke - eller adfærdsmæssigt, er det, at anførte symptomer for en given lidelse også forekommer i andre psykiske lidelser, således ikke et karakteristisk træk ved Schneiders arbejde, men med arbejdet med psykiske lidelser i sin helhed, og således et empirisk forhold, der rækker ind i begge paradigmer.

**5.2.2 Mytologisering**

Som tidligere fremført, mener forskningschef Werge at fænomenet ’skizofreni’ længe har været omgivet af myter, og én af disse myter er, ifølge Werge, at skizofreni er en naturlig reaktion på et sygt samfund. Det forholder sig, ifølge forskningschefen, imidlertid således at man længe har vidst at skizofreni med stor sandsynlighed er genetisk betinget. Dette har dog ikke forhindret de såkaldte ”myter” om skizofreni i at leve videre, mener han.

Interessant er det her at Werge fremfører skizofreniens genetiske betingethed som noget man *med stor sandsynlighed* længe har vidst. Der forekommer således en selvmodsigelse i at Werge anvender verbet ’at vide’, som repræsenterer sikkerhed, sandhed og pålidelighed, i kombination med substantivet ’sandsynlighed’, som repræsenterer usikkerhed om en given påstand - eller tilstands sandhedsgrad. Særligt påfaldende er det således at Werge med hård hånd afviser en fænomenologisk forståelse af skizofreni[[27]](#footnote-27), ved at reducere denne til en myte, med henvisning til en naturalistisk forståelse af skizofreni, som han alt andet lige formulerer med en vis grad af usikkerhed. Med dette, ønsker jeg at tydeliggøre en illustration af fokus på adskillelsen af den fænomenologiske - og naturalistiske forståelse af skizofreni, frem for et arbejde hen imod en helhedsorienteret forståelse af lidelsen, hvor de to paradigmer komplimenterer hverandre. I stedet synes denne udtalelse fra Werge at illustrere hvorledes der dyrkes en paradoksal spaltning af lidelsen, idet man vælger så at sige at stå fast ved den abstrakte forståelse af skizofreni, til trods for at Werge – om end ganskevist betydeligt nedtonet – selv italesætter den usikkerhed, hans forskning lader tilbage, til trods for banebrydende forskningsresultater.

Ej heller en sådan mytologisering af det modstridende paradigme kan imidlertid siges at være særligt karakteristisk for naturalismen. Ifølge Szasz, er selve begrebet ’psykisk sygdom’ i sig selv blot en belejlig myte, der i sin essens dækker over menneskets kamp med tilværelsen, og med at træffe de rette valg, som kan muliggøre at leve ”det gode liv”. Således tydeliggøres hvordan det, Werge betegner som en myte; at psykisk sygdom skulle være en måde at være i verden på, netop er det udgangspunkt, hvorfra Szasz kommer frem til at afvise at der overhovedet skulle kunne være tale om en lidelse som eksempelvis skizofreni, hvorved gensidigt fokus på at modbevise modstridende paradigmers forståelse af skizofreni sættes i centrum.

Szasz argumenterer at det at betragte fysiske defekter som værende forklaring på særheder i tænkning og adfærd er at postulere at mennesket ikke kan opleve besvær eller ulykke, uden at dette skal være fysisk påviseligt. Han afviser herved at forskning, som den Werge fremfører, skulle kunne vise årsagen til skizofreni, idet skizofrenien i sig selv er en myte; de tilstande, som skizofreni indbefatter, er blot udtryk for menneskets besvær med at håndtere tilværelsen, ifølge Szasz. Der kan således ikke være tale om at have fundet årsagen til skizofreni, idet årsagen til disse tilstande er livet selv, i Szasz’ optik.

Herved udelukkes en forenet afspejling af virkeligheden til fordel for individuelt postulerede sandheder. Disse individuelt postulerede sandheder er derfor medvirkende til netop at omgive lidelsen skizofreni med mytologisering og abstraktionstænkning, hvorfor det væsentligt ukonstruktive i det, at fokusere på at udelukke modstridende paradigmers relevans, tydeliggøres.

**5.2.3 Behandling**

Et af hovedargumenterne i Boorse’s undersøgelse af begrebet ’mental sundhed’, og derunder ’psykisk sygdom’, er at det ikke er korrekt at postulere at hvis mentale tilstande er kropslige, fremfor psykiske, er psykiske sygdomme netop sygdomme i hjernen eller nerverne. Således adskiller Boorses tænkning sig på dette område væsentligt fra Churchlands, som argumenterer at neurovidenskaberne kan gøre rede for de fysiske mekanismer, som tjener psykologiske funktioner, og at man derfor kan bevise at det er ”hjernens evner”[[28]](#footnote-28), der er grundlaget for det menneskelige sinds evner.

Godtager man imidlertid et sådant postulat, argumenterer Boorse at man fuldstændigt udelukker nødvendigheden af et begreb om mental sundhed, som adskiller sig fra fysisk sundhed. Man ser således tydeliggjort at selvom Boorse er tydeligt naturalistisk tænkende filosof, er han imidlertid ikke fortaler for den form for reduktionisme, der udfolder sig i psykiatrisk praksis og diagnosticering af sygdomme som skizofreni. Man kan, ifølge Boorse, ikke med sandhed intakt fremføre at psykisk sygdom er en fysisk sygdom. Psykiske sygdomme som skizofreni og fysiske sygdomme som kræft er begge udtryk for generaliteter og ikke partikulariteter, ifølge Boorse, og således typer af *tilstande* eksemplificeret i den enkelte patient.

Af denne årsag, er det ikke muligt at måle dysfunktioner, eller blot neurologiske distinktioner, i hjernen på *alle* skizofrene individer, hvilket fører Boorse frem til at selvom *nogle* tilfælde af skizofreni kan eksemplificeres neurologisk, er psykiske sygdomme ikke *altid* fysiske sygdomme, idet det ikke kan siges at være en generel mulighed at definere sygdomme som skizofreni fysiologisk.

Således når Boorse frem til at der er brug for et begreb om mental sundhed i psykiatrien, idet det ikke er muligt at dække psykiske sygdomme ind under begrebet ’fysisk sundhed’, fordi man ikke kan reducere kausalsammenhænge i psyken til at være kausalsammenhænge i fysikken. Af samme grund, italesætter han hvorfor man ikke kan anvende behandlingsmetoder fra fysiologisk behandlingspraksis, som eksempelvis medicin og operation, til at behandle psykiske sygdomme; det er ikke altid muligt at afgøre om en psykisk tilstand er dysfunktionel ud fra et fysisk udkigspunkt. Behandler man konsekvent psykisk sygdom ud fra samme præmisser, som man behandler fysisk sygdom, som der manifesterer sig en tendens til at gøre i psykiatrisk praksis, udelukker man behovet for udviklingen af et begreb om mental sundhed, hvorved man lammer muligheden for at udvikle et selvstændigt klinisk teoretisk felt, der beskæftiger sig med mental sundhed som adskilt fra fysisk sundhed, og på denne måde umuliggøres yderligere indsigt i fænomener i psyken, ifølge Boorse. Man ser således tydeliggjort at reducering af psykiske lidelser som skizofreni til at være resultat af hjernemekanismer, og den deraf følgende fokusering på behandling gennem anitpsykotika, ikke kan understøttes ud fra et naturalistisk filosofisk synspunkt. Jeg ønsker her at italesætte den i ’relevans’ afsnittet italesatte hypotese om at der i psykiatrisk praksis ikke forekommer synderlig bevidsthed omkring hvilket filosofisk standpunkt, der praktiseres ud fra.

Boorse italesætter således at behandling af lidelser som skizofreni må være andet og mere end blot medicinsk kontrollering og symptombehandling. Tendensen til at ty til medicinsk behandling som førsteindskydelse kan derfor siges at reducere skizofrene individer til repræsentanter for deres diagnostiske klassifikation eller som passive objekter for psykiatrisk intervention (Larsen, 2006, 84-85). For at undgå dette, må behandling af skizofrene individer foregå på en måde, hvor man undlader at abstrahere fra andre sammenhænge, det skizofrene individ optræder i, og derved reducere det til en diagnostisk klassifikation. Med dette ønsker jeg at italesætte at medicinsk kontrollering af symptomer bør akkompagneres af anerkendelsen af at det skizofrene individ har mulighed for at forholde sig til den skizofrene erfaring og således oplevelsen af psykose, hvilket kan resultere i eksistentiel krise, hvis ikke sådanne oplevelser, der efter endt psykotisk tilstand overgår til erindringer, bearbejdes på en for den enkelte meningsfuld måde (Larsen, 2006, 77). Eftersom fokus på behandling af skizofreni med medicinsk kontrollering, og derved en reducering af skizofreni til at være resultat af fokus på dysfunktioner i hjernen, ikke kan forsvares filosofisk som en generel sandhed, hverken ud fra et naturalistisk eller fænomenologisk synspunkt, kan man således postulere at den konsekvente og massive anvendelse af antipsykotika kan betragtes som resultat af en abstraktionsproces, hvor det enkelte individs situation tilsidesættes til fordel for fokus på den diagnostiske klassificering af skizofreni. Det skal dog tilføjes at fokus på medicinsk kontrollering af symptomer ikke er den eneste behandling, skizofrene gives; der forefindes således også terapeutisk behandling, hvilket illustreres gennem det i gennemgangen af klassificeringssystemer nævnte krav om at tage patientens psykosociale situation i betragtning.

**5.3 Reducering**

I teori-afsnittet fremgår det hvorledes både Lund Madsen og Churchland placerer den menneskelige bevidsthed i hjernen. Således reducerer begge menneskelig eksistens til udelukkende at udfolde sig mellem aspekter af hjernen, hvorved der fuldstændigt afvises en yderligere nuancering af bevidsthedslivet. På vejen hertil illustrerer eksempelvis Lund Madsen dog nogle væsentlige fejlslutninger i sin tænkning, og tilbyder ringe argumentation for at bestemme at den menneskelige søgen og undren nødvendigvis stiler efter noget ’oprindeligt sandt’[[29]](#footnote-29). Der udfolder sig altså et væsentligt underspørgsmål til denne reduktion, der går på om man med tilstrækkelig validitet kan konkludere at den menneskelige søgen efter mening kan ophøjes til en form for fællesnævner, med rod i hjernemekanismer. Der er med stor sandsynlighed væsentlige fællestræk ved de spørgsmål, der optager mennesket, men Lund Madsen synes at ophøje neurologien til en form for profeti, der postuleres at kunne besvare alle menneskets subjektivt udformede spørgsmål gennem mekanismer i hjernen. Der reduceres således fra subjektiv erfaring til objektiv neurologi, hvorfor man nedprioriterer det oplysende i en dialektisk forståelse af mennesket, til fordel for en abstrakt forståelse. Når Lund Madsen skal beskrive hvordan hjernen ”etablerer en erkendelse af virkeligheden” (Madsen, 2012, 148), lyder argumentationen at hjernen omsætter objektiv information om verden til en subjektiv oplevelse inde i menneskets bevidsthed (som er placeret i hjernen, ifølge Lund Madsen), hvilket sker via noget så videnskabeligt samt begrebsligt specifikt som en ”gådefuld proces” (Madsen, 2012, 148).

Yderligere kan det postuleres at dét at stille spørgsmål til eksistensen ikke er det samme som at søge væk fra kulturen og ind i naturen, idet der forekommer at være for mange nuanceringer imellem disse to ’lejre’ til, man kan dele den menneskelige eksistens og undren således. Lund Madsen synes at rammes af kompleksiteten ved disse nuanceringer, og den herved følgende besværlighed ved at beskrive disse ud fra hjernemekanismer, når han beskriver bevidsthedslivet og erkendelsen af virkelighedsliv meget uspecifikt som en ’gådefuld proces’.

Han redegør således relativt løssluppent for sit grundlag for at postulere at mennesket søger tilbage til naturen i sine eksistentielle spørgsmål, for at undgå at blive kuet og undertrykt af ”kulturens kontrol” (Madsen, 2012, 135) hvorfor Lund Madsen, via sin abstrakte fremstilling af mennesket, afslører sine teoretiske fordomme. Han synes at formulere den menneskelige eksistens i et enten/eller system, der langt fra favner de talrige nuanceringer, der udfolder sig i individets subjektive virkelighedsforståelse, men snarere reducerer bevidsthedens fænomener til *enten* at have rod i hypothalamus *eller* i storhjernen.

Den form for reduktionistisk naturalisme, Lund Madsen og Churchland repræsenterer, kritiseres blandt andre af den danske filosofiuddannede psykologiprofessor, Svend Brinkmann (Brinkmann), som især er kritisk overfor Lund Madsens forsøg på at placere ’bevidsthed’ som en hjernemekanisme[[30]](#footnote-30). I *Dr. Zukaroffs testamente* postulerer Lund Madsen at bevidsthed er et produkt af hjernen, og derfor at bevidstheden eksisterer i hjernen (Madsen, 2012, 126), og Churchland formulerer den hypotese, hun arbejder ud fra, som værende at det menneskelige sind *er* hjernen. Brinkmann udtaler at denne form for reduktionistisk tilgang til den menneskelige bevidsthed reducerer uberettiget ved at postulere først og fremmest at det er hjernen, der træffer beslutninger, og at hjernen, når dette forekommer, leder efter det sted (i hjernen) hvor evnen til at tage beslutninger ”sidder” (Madsen, 2012, 148). Denne kritik kan ligeledes siges at ramme Churchland, idet også hun fremfører at evnen til blandt andet at være bevidst, huske, planlægge, handle etc. sidder i hjernen (Churchland, 1994). Brinkmann noterer således at denne form for reduktionistisk naturalisme:

*(…) udstyrer (…) en del af noget (hjernen) med egenskaber, som kun giver mening, når de opfattes som egenskaber ved helheden (det levende menneske). Melodi er ikke en egenskab ved enkelte toner, men ved deres samklang*[[31]](#footnote-31)

Det giver således ingen mening at lokalisere evner på en sådan facon, hvorfor det ligeledes er en ugyldig påstand at sige at hjernen føler, tænker eller træffer beslutninger; det er, ifølge Brinkmann, mennesket der gør disse ting, naturligvis i samarbejde med hjernen, hvilket ikke kan reduceres til at betyde at det er hjernen, der gør dem. På den måde kan evner ikke siges at ”sidde” nogen steder, og gennem Brinkmann kan den reduktionistiske naturalisme, eksemplificeret gennem Churchland og Lund Madsen således siges at tage del i ”(…) den udbredte tendens til at udstyre hjernen med alskens menneskelige egenskaber” som let fører til “(…) at man glemmer mennesket som et psykologisk og socialt handlende væsen til fordel for et fokus på menneskets hjerne” (Brinkmann, 2012).

En sådan reducering af mennesket som helt væsen til betinget af hjernemekanismer har, ifølge Brinkmann, vidtrækkende konsekvenser i form af hvad han betegner som en “neurologisering af blandt andet psykopatologi” (Brinkmann, 2012). Således udfolder Lund Madsens og Churchlands bidrag sig som væsentlige aktører i forsøget på at skildre hvilken forståelse af skizofreni, det naturalistiske paradigme tillader, hvis dette får lov at stå som eneste reference til sandheden om lidelsen, ligesom at Brinkmanns kritik af samme illustrerer en fænomenologisk forholden-sig til neurologiseringen af fænomener i psyken, som eksempelvis skizofreni. Tilsammen tilbyder de en skildring af kløften i forståelsen af mennesket og således den menneskelige psyke, som den udfolder sig mellem den naturalistiske – og fænomenologiske psykiatri.

**5.3.1 Reduktionens gyldighed**

I forrige afsnit, har jeg søgt at illustrere hvorledes en reduktionistisk tilgang til det menneskelige bevidsthedsliv kan forekomme uberettiget og usammenhængende, såfremt en sådan reduktion ikke understøttes af en gennemtænkt forholden-sig til dens gyldighed.

Som tidligere fremført, argumenterede Hegel i 1808 at det, at tænke abstrakt, er den nemme løsning. Man må således, ifølge Hegel, begribe fænomener i deres helhed, hvis man ønsker indsigt baseret på sandhed (Hegel, 1808 i Kaufmann, 1966, 113-118). I denne forstand, er en reduktion udelukkende gyldig og anvendelig, såfremt man er bevidst om at selve reduktionen er en del af en helhed, og ikke i sig selv repræsentativ for hele sandheden. En reduktion kan i hegelsk forstand ikke være gyldig, såfremt den fremstår som eneste reference til sandheden – i så fald, er reduktionen funderet på abstrakt tænkning, og falsificerer derved sig selv.

En sådan forholden-sig til reduktionens gyldighed illustreres gennem Churchlands bidrag, hvor der, i tråd med Lund Madsen, ligeledes postuleres at det menneskelige sind *er* hjernen, og at evner sidder i nervesystemet. Churchland beskriver imidlertid reduktion som en nødvendighed; man bliver nødt til at reducere, for at søge at begribe makro-niveauer, som psykologisk kapacitet, via mikro-niveauer, som neurologi. En reduktionistisk tilgang til fænomener i psyken er dog ikke en afvisning af andre mulige tilgange til bevidsthedslivet, ifølge Churchland, hvorved hun erklærer sig som fortaler for at videnskaber arbejder sammen på flere niveauer, der kombinerer neurologi – og adfærdsstudier, for at begribe bevidsthedsprocesser. En reduktionistisk tilgang til forståelsen af fænomener i psyken er således, i Churchlands optik, kun anvendelig, såfremt man gør sig det klart at denne er en hypotese, og ikke en endegyldig sandhed, og at en sådan hypotese kan udvikle sig i samarbejde med hypoteser fra andre niveauer, idet disse rettes til efter – og informerer hinanden. Således tydeliggøres hvordan en reduktionistisk forståelse af fænomener som skizofreni ikke nødvendigvis behøver at postulere kilden til sandhed eller løsningen på skizofreniens gåde, men kan have fokus på hvordan et dialektisk udviklende forhold paradigmerne imellem kan være frugtbar i forståelsen af lidelser som skizofreni. Gennem Churchland eksemplificeres en mulig tilgang til at komme ud over de individuelt postulerede sandheder, der mytologiserer skizofrenien, og indhyller den i abstraktionstænkning, samt bidrager til forstærkningen af den symbolske kløft mellem den naturalistiske og fænomenologiske psykiatri. Det kan således postuleres at skønt Churchland er reduktionistisk tænkende filosof, forholder hun sig imidlertid samtidigt til den kritik, som reduktionistisk tænkning møder af eksempel tænkere som Brinkmann. Af dette forstås at Brinkmanns kritik af bidraget til hjernereduktionisme kun kan siges at holde vand, såfremt en sådan reduktionisme forekommer uden et vågent øje for den abstraktionsproces, der forekommer..

**5.4 Den ’forvrængede atmosfære’**

Ifølge Jaspers, kan den ’forvrængede atmosfære’, og således skizofrenien, ikke forstås yderligere, end den beskrives i AP; fra dette punkt, mener Jaspers at yderligere beskrivelser af lidelsen vil fortsætte via metaforer, idet en yderligere direkte beskrivelse af erfaringen er umulig:

*If we try to get some closer understanding of these primary experiences of delusion, we soon find we cannot really appreciate these quite alien modes of experience. They remain largely incomprehensible, unreal and beyond our understanding* (Jaspers, 1913, 98 i Ratcliffe, 2013)

Jaspers trækker således en linie i sandet, hvor den fænomenologisk empatiske forståelse af skizofreni når sin grænse, men han beskriver dog selv *den forvrængede atmosfære* ud fra en vis grad af empatisk indsigt, ved at antyde at overgangen fra atmosfære til overbevisning er mulig for mennesket at forstå; *den forvrængede atmosfære* har i sig en gennemtrængende og ubehagelig følelse af usikkerhed, og personer plaget af vrangforestillinger, blandt andre skizofrene, søger et fast holdepunkt midt i usikkerheden. De forvrængede overbevisninger udgør således resultatet af denne søgen (Ratcliffe, 2013). Jaspers noterer selv at denne form for søgen ikke er fremmed for os; hvis vi føler os fortabte, kan en pludselig klar bevidsthed om noget have en omgående beroligende effekt, uanset om en sådan bevidsthed bunder i sandhed, eller ej (Jaspers, 1913, 98 i Ratcliffe, 2013). På trods af det, insisterer Jaspers på at ’primære vrangforestillinger’ udelukkende kan begribes som sygdomsprocesser, og ikke fænomenologisk (Ratcliffe, 2013).

Det er således ikke overgangen fra erfaring til overbevisning, Jaspers mener ikke kan karakteriseres, men selve erfaringen; eftersom man ikke kan begribe vrangforestillinger empatisk uden at begribe centrale erfaringer, konkluderer Jaspers at man ikke kan begribe vrangforestillinger empatisk (Jaspers, 1913, 107 i Ratcliffe, 2013).

**5.4.1 Den skizofrene erfaring som *Ding-an-sich***

Jaspers tænkning er tydeligt inspireret af Immanuel Kant (Kant); Kants filosofi italesatte menneskets erkendelsesapparat som havende indeholt i sig forskellige strukturerende kategorier. Disse kategorier udgør muligheden for at erkende forhold i virkeligheden, som David Hume[[32]](#footnote-32) ikke anså som værende mulige for mennesket at erkende. Med Kants filosofi fødtes imidlertid en anden begrænsning af menneskets erkendelse. Tænkning indeholder, ifølge Kant, 3 processer; sansning, forstand og fornuft. Til fornuften knyttes idéer, og disse danner rammerne for erkendelse, men er i sig selv indholdsløse. Til forstanden knytter sig begreber med indhold, som kan erkendes, idet de er mulige at anskue i tid og rum. Sansningen forudsætter anskuelsesformerne tid og rum, og det er således, ifølge Kant, i sansningen, eksistensen ligger.

I den kantianske tænkning, er sansning og tænkning altså som udgangspunkt adskilte, men forenes i sammenfaldet med tid. Derfor kan mennesket kun erkende objekter, der kan anskueliggøres i tid og rum. Som Kant anførte i forordet til *Kritik der reinen Vernunft* (Kant, 1781), forholder det sig således at idet objekter retter sig efter den menneskelige erkendelse, vil verden i sig selv altid være ukendt for mennesket; der vil så at sige altid være noget i verden, som ligger udenfor den menneskelige erkendelses mulighed, og dette noget er hvad Kant identificerer som *Ding-an-sich*. Man kan således sige at den kantianske subjekt/objekt relation er ensporet, og Kant efterlader kløften *Ding-an-sich*, som værende en selvstændig størrelse i verden, eksisterende uafhængigt af subjektet og objektet, hvorfor den ikke er mulig for mennesket at opnå viden omkring.

Overføres denne kantianske subjekt/objekt relation til Jaspers forståelse af fænomenet ’skizofreni’, tydeliggøres det således hvordan den skizofrene erfaring placeres som *Ding-an-sich*; en selvstændig størrelse, som eksisterer uafhængigt af en given subjekt/objekt relation, og som derfor transcenderer menneskets erkendelseshorisont. Således forklarer Jaspers hvorfor skizofreni ikke kan objektificeres, idet selve den skizofrene erfaring ikke kan anskueliggøres i tid og rum. Det er derfor ved dette punkt, den empatiske bevægelse møder sin begrænsning, ifølge Jaspers, og her, fænomenologien når sin grænse. Den af Kant italesatte kløft mellem subjekt og objekt, og herved begrænsning for den menneskelige erkendelse, er imidlertid siden massivt bestridt, hvilket vil blive tydeliggjort i den videre analyse af fænomenet ’skizofreni’.

**5.5 Den ’sunde’ personlighed**

Af det i teori-afsnittet fremstillede Boorse arbejde, fremgår det at Boorse søger at drage en præcis sondring mellem det ’syge’ og det ’sunde’, og følgende mellem det fysiske ’sunde’/’syge’ og det mentale ’sunde’/’syge’.

En oplagt kritik af den biologiske sygdomsmodel er at Boorse reducerer de psykiske processer i bevidstheden til at kunne begribes på samme præmisser, som de fysiske processer i legemet, hvorved han, ikke ulig Lund Madsen, eliminerer sjælen fra ligningen. Hvis bestemte former for mentale processer udfører standard funktioner i menneskelig adfærd, er det, ifølge Boorse, vanskeligt at forestille sig nogen grund til ikke at kalde en given form for forhindring for disse funktioner for mentale sygdomme, ligesom man gør i fysiologien.

En anden kritik af Boorse’s biologiske sygdomsmodel er at den objektive tilgang ikke tager de ikke-kropslige aspekter i betragtning, som for eksempel de psykiske og sociale aspekter. Denne kritik eksemplificeres blandt andre af filosoffen Caroline Whitbeck (Whitbeck), som definerer ’sygdom’ gennem en mere normativ og ’positiv’ tilgang, gennem processer, der rummer både det psykologiske og det fysiologiske. Whitbecks definition overlapper i nogen forstand Boorse’s, idet begge fokuserer på at en organisme er ’syg’, såfremt den afviger i forhold til statistikken. Dog har Whitbecks definition også rum for tilstande, der afhænger af det psykiske og sociale (Whitbeck, 1981). I denne kontekst udfolder Boorses sygdomsmodel sig mere negativ og snæver, med målet at tilpasse sygdomsbegrebet moderne biologisk videnskabs objektive og teoretiske struktur, som fremviser at man kan udvikle et sygdomsbegreb, der ikke appellerer til ikke-videnskabelige standarder, normer eller værdier (Brown, 1985). Whitbeck præsenterer imidlertid en ’positiv’ beskrivelse af sygdomsbegrebet, som ser den centrale del af sygdom både som en fysisk tilstand eller organismeproces, og som en sådan proces, der er uønsket og dårlig. Der forefindes således både en deskriptiv og normativ komponent i det ’positive’ sygdomsbegreb, hvorved det at karakterisere noget som værende en sygdom, er at appellere til specifikke værdier og normer. Whitbeck formulerer at sygdom er et værdiladet koncept, og hendes formulering kan derfor siges at være komponeret som forbedring af sådanne forståelser af sygdomsbegrebet, som Boorse tibyder. Eksempelvis skelner hun mellem ’sygdom’ og ’skader’, hvorved hun minimerer det, sygdomsbegrebet inkluderer i sammenligning med Boorse, og understreger at sygdom er en proces, hvorved hun skelner sygdom fra dens effekt og årsag (Brown, 1985, 320). Således kan Boorses sygdomsmodel postuleres at være formuleret på en abstraktion (udmåling af et gennemsnit over store befolkningsgrupper) (Brown, 1985, 320), hvorved det Boorse ender med kan siges at være en idealtype. Således må man her gøre sig det klart at en sådan abstraktion udjævner træk og egenskaber ved individer, hvorfor den idealtype, der nåes frem til, er indkredset af sine egne begrænsninger, og derfor ikke er et udtømmende udtryk for virkeligheden.

Boorse når ultimativt frem til at professionelle, der beskæftiger sig med psykiske sygdomme, overordnet set bør være enige om, hvad normerne for den ’sunde personlighed’ er. Dette rejser imidlertid en række spørgsmål om hvorledes et normativt begreb som ’personlighed’, som netop refererer til det individuelle i subjektet, kan formuleres i reducerende, deskriptive og teoretiske træk. Boorse redegør for hvorfor han mener, begrebet ’sundhed’ kan betragtes på samme vis, uanset om det er tale om mental- eller fysisk sundhed, men at det skulle være muligt at udarbejde et teoretisk grundlag for – og konsensus omkring hvad en ’sund personlighed’ er, synes ud fra et fænomenologisk synspunkt at kræve kendskab til hvert enkelte menneske, og dets situation. Boorse argumenterer dog for at et sådan reduktionistisk og teoretisk begreb om den ’sunde personlighed’ er mulig, idet et sådant begreb vil tage udgangspunkt i menneskets aktuelle tilstand (hvordan mennesket er), hvormed han mener at komme ud over moralske dilemmaer (hvordan mennesket bør være). Spørgsmålet er om man kan afgøre hvad en sund reaktion er, hvis ikke man kender til livshistorie og udvikling, der fører op til en sådan given potentiel sund reaktion, og i øvrigt ligeledes om vurdering af hvorvidt en reaktion er sund eller ej, altid vil afhænge af bedømmeren, uanset eventuelt foreliggende deskriptive teorier om udformningen af en såkaldt ’sund personlighed’.

Szasz fremfører to fundamentale problemer med at betragte psykisk sundhed på samme præmisser som fysisk sundhed, som Boorse gør det. Ét af disse fundamentale problemer manifesterer sig i dannelsen af en symmetrisk dualisme mellem psykiske – og fysiske symptomer; fysiske symptomer er forstyrrelser i fysikken, som eksempelvis smerte, mens psykiske symptomer er en reference til måden hvorpå et menneske kommunikerer med sin omverden og sig selv på. Derfor kan man, ifølge Szasz, udelukkende afgøre hvorvidt noget er symptom på en psykisk lidelse, ved at forholde sig subjektivt overfor et sådant givent symptom. Szasz kommer herved, i modsætning til Boorse, frem til at en vurdering af et symptom på en psykisk sygdom altid vil være forbundet med den sociale – og etiske kontekst, i hvilken et sådant symptom manifesterer sig. I denne forstand, falder Boorse således i den af Szasz italesatte symmetriske dualisme, idet han fremfører at fysisk sundhed er en speciel tilstand, man opnår, ved at fokusere på fysiologiske processers funktioner, og mental sundhed en speciel tilstand, man opnår, ved at fokusere på mentale processers funktioner, og at der derfor må nødvendigvis findes mental sundhed, såfremt der findes mentale processer.

I denne optik, ville vurderingen af hvorvidt en personlighed er sund, på samme måde som vurderingen af hvorvidt en personlighed er syg, komme til at afhænge af den psykosociale - og etiske kontekst i hvilken den ’sunde personlighed’ er placeret – altså både af patienten og behandleren. Derfor udfolder der sig et væsentligt spørgsmål om hvad det er, det gør et menneske til en person; giver det en personlighed, og derfor ligeledes om dette ”noget”, der giver et menneske personlighed, kan reduceres til en form for teoretisk fundament for begrebet ’personlighed’. I så fald vil resultatet være en klinisk reduktion af menneskets personlighed, hvorved man inddeler mennesket i yderligere klassificeringer fremfor gradsforskelle i patologi. Dette syn er, ifølge Boorse, blot resultat af at man ikke skelner mellem ’sygdom’ og ’lidelse’, hvorfor Boorses svar til Szasz’ kritik af, at en diagnosticeringsproces altid vil have en normativ bedømmelse i sig, er at dette kun er tilfældet, fordi man ikke medregner at en sygdom bliver til en lidelse, når den opfylder yderligere normative betingelser. Om dette er tilfældet, eller om rammerne for Boorses teoretiske begreb om mental sundhed i realiteten transcenderes af empirisk virkelighed, videreføres således af det tidligere gennem W. Miller Brown fremførte argument om at Boorses sygdomsmodel kan siges at være baseret på en idealtypisk abstraktion.

**6.0 Uddybende analyse**

I det følgende fremgår en uddybende analyse, på baggrund af det gennemgåede teori fra begge undersøgte paradigmer; diagnosebeskrivelsen af skizofreni, som den fremgår via ICD-10 og DSM-IV-TR og den opsamlende analyse, som den fremgik i forrige sektion. For at overskueliggøre det gennemgåede teori, har jeg valgt at inddele den uddbybende analyse i overordnede påstande, som har manifesteret sig i det teoretiske arbejde med nærværende problemstilling, og i analysen af disse påstande inddrages og analyseres de forskellige bidrag i samspil med – fremfor adskilt fra hinanden. Dette i et forsøg på at sætte de væsentlige punkter, der har manifesteret sig i den teoretisk paradigmatiske undersøgelse af skizofreni i centrum, fremfor de respektive paradigmer.

**6.1 Empatisk indsigt bringer uvurdeligt materiale med sig**

Påstanden, som den udfolder sig i afsnittets overskrift, er initielt formuleret af Jaspers. Ifølge Jaspers, bringer empatisk observation uvurdeligt materiale med sig, idet den empatisk fænomenologiske metode tillader patienter at kommunikere erfaringer videre, fordi metoden har den menneskelige evne til at udtrykke sig i højsædet. Dette, forklarer Jaspers, muliggør en dybere indsigt, idet patientens mulighed for at beskrive sind og tanker fremmes, ligesom at psykiateren får mulighed for i mere eller mindre grad at opleve de beskrevne tanker sammen med patienten. Således forstås den empatiske indsigt som processen om *at forstå*, og introducerer herved anerkendelsen af det fællesmenneskelige, der udfolder sig i forståelsen af skizofreni, som et personligt oplevet og socialt fænomen. Den empatiske indsigt indebærer herved et selv-refleksivt forhold, hvor den mellem-menneskelige relation udfordrer opfattelsen af *det uforståelige* i skizofreni (Larsen, 2006, 71). Ifølge Jaspers, er det netop et tegn på skizofreni, når det ikke er muligt at have empati i form af indlevet medmenneskelig forståelse med den skizofrene persons indtryk og tanker[[33]](#footnote-33), men han foreslår alligevel, som tidligere fremført, at det er muligt at have en vis grad af empatisk indsigt i den skizofrene erfaring. Derfor er det værd at overveje en empatisk proces, igennem hvilken man forstår andre; ikke som følge af en semantisk overensstemmelse mellem det, psykiateren forstår, og det, den skizofrene forstår, men snarere gennem etableringen af den bedst mulige forudsætning for at kunne sætte sig ind i – og fortolke andres liv, sådan som det tænkes, føles og erfares i det partikulære menneskes konkrete omstændigheder samt sociokulturelle forhold (Larsen, 2006, 74).

I lyset af udviklingen af komplicerede og omfattende klassifikationssystemer, indeholdende nøjagtige beskrivelser af samtlige kendte psykiske lidelser, samt symptomer på disse, er det et væsentligt spørgsmål at adressere, hvilken nytte og betydning, den empatiske indsigt har for det at diagnosticere. Når empatisk indsigt omdannes af psykiatere til begreber, for at muliggøre formidlingen af en sådan indsigt, omformuleres den empatiske indsigt til love og demonstrerbare forhold, og så, argumenterer Jaspers, sætter man begrænsninger for empatiens omfavnelser. Derfor kan det være en nærliggende tanke at klassificeringssystemer som ICD-10 og DSM-IV-TR kan have overflødiggjort den empatiske indsigt, idet den, for at genbruge Szasz’ formulering, har overskredent dens brugbarhed. Ifølge Hegel, vil enhver sandhed altid være baseret på en helhedsforståelse, og sandhedens væsen vil til enhver tid ændre sig i takt med at historien ændrer sig. I denne forstand, kan der ikke være tale om nogen form for endegyldig og altoverskyggende sandhed, ligesom at historiens udvikling aldrig stopper og får endegyldig karakter (Hegel, 1807).

For at det skulle være sandheden at den empatiske indsigt er overflødiggjort af klassifikationssystemer skal psykiatrien som sygdomsbehandlende sundhedssystem derfor for det første acceptere at det væsentlige ved tilfælde af for eksempel skizofreni er at diagnosticere sygdommens fysiske manifestering og artikulation – ikke at begribe erkendelsesbevægelser i fænomenet ’skizofreni’ og patientens sind, herunder det basale i at lytte og udtrykke empati gennem ledsaget refleksion med et menneske, der er psykotisk, fortvivlet eler bange. For det andet, vil den fortsatte videreudvikling af klassificeringssystemer afhænge af den empatisk fænomenologiske forståelse af den skizofrene erfaring, idet den ene ikke udelukker den anden, men begge, i hegelsk forstand, er dele af sandheden om den skizofrene erfaring, og derved dele af hinanden[[34]](#footnote-34).

Ifølge Søren Kierkegaard, er det at diagnosticere blot en overfladisk betragtning, som fastslår tilstandens tilstedeværelse - den udfolder ikke kendetegnenes fænomenologisk dialektiske forhold (Kierkegaard,1849, 35). I denne forstand er det at stille en diagnose teknisk set blot at bestemme sygdommens art; ikke ved et empatisk dyk ned i sygdommens væsen, og en refleksiv tilgang til hvert partikulære menneske, men ved overfladisk fastsættelse af sygdommens fysiske - og generelle manifestering.

Semantisk betyder ’diagnose’; dia = gennem, gnosis = kundskab/erkendelse[[35]](#footnote-35). Således betyder ’diagnose’ i ordets mest bogstaveligste forstand at man har gennemskuet noget; erkendt noget. Lader man en sådan forståelse af diagnosticering stå alene, udfolder sig et væsentligt spørgsmål om hvorvidt psykiateren eller den skizofrene har gennemskuet og erkendt lidelsen, med reference til den semantiske betydning af ordet ’diagnose’.

John Aggergaard Larsen foretog et feltarbejde indenfor psykiatri, der strakte sig over tre et halvt år, og som havde med personer mellem 18 og 45 år, der havde modtaget en psykiatrisk diagnose indenfor det skizofrene spektrum, at gøre. Om dette fortæller han at de diagnosticeret skizofrene personer forklarede ham at den biomedicinske og diagnostisk kategoriske tilgang til deres sygdom var uvedkommende for dem, og fik dem til at føle sig ’sat i bås’ og misforstået (Larsen, 2006, 82). Med dette ønsker jeg at tydeliggøre at bestræbelsen på empatisk indsigt og forståelse må inkludere overvejelser omkring det eksistentielt betydningsfulde i den psykotiske oplevelse for den enkelte, således at denne ikke sidestilles og reduceres til at være *en diagnose* eller *en klassificering*. Så længe man anvender klassificeringssystemer med ønsket om at hjælpe, forstå og helbrede, så længe er det vanskeligt at forestille sig den empatiske indsigts irrelevans, idet den skizofrene erfaring og således den psykotiske oplevelse kan have indflydelse på det partikulære menneskes selvforståelse og fremtidsdrømme, hvilke er elementer af tilværelsen, der næppe kan klassificeres til generaliteter (Larsen, 2006, 83). Et sådant perspektiv kan være medvirkende til at fremhæve den førnævnte fællesmenneskelige dimension af individet, hvorved diagnosen og den skizofrene erfaring bliver *en del af* individets liv - ikke det, man reducerer individet til *i sin helhed*.

En diagnose fastsat ved implementering af ICD-10 og DSM-IV-TR sker ud fra kliniske tegn og symptomer, som psykiateren observerer og individet selv beskriver, men en sådan fortolkningsramme kan postuleres at være baseret på et dikotomisk modsætningsforhold mellem syg/ikke syg og afvigende/ikke afvigende, hvorfor det er et væsentligt spørgsmål om fortolkningsrammen ved en sådan diagnosticering er bred nok til at rumme den skizofrene erfaring. Jeg ønsker her at italesætte en forståelse af diagnosticering som første trin på vejen frem mod en forståelse af den skizofrene erfaring, hvorfor den empatiske indsigt manifesterer sig som yderst betydningsfuld ved behandling af skizofrene individer, idet det netop er denne, der kan bringe diagnosticering fra symptombehandling til sygdomsindsigt – både for behandler og patient.

Således forstås ud fra Jaspers beskrivelse af den empatisk fænomenologiske metode at den baner vejen for et forhold patient og psykiater imellem, hvor refleksion over patientens tilstand og tanker udfolder sig som en ledsaget proces. Selvom Jaspers formulerer at skizofreni ikke kan forstås empatisk, gør han alligevel rum for en vis grad af empatisk indsigt. Det er således, som italesat af Jaspers, særdeles vanskeligt at begribe selve den skizofrene erfaring, men dette udelukker dog ikke at det er muligt at forstå det diagnosticerede skizofrene individs behov for at skabe mening i livet, efter det eksistentielle kaos, en skizofreni diagnose kan bringe med sig (Larsen, 2006, 85). En ledsaget proces kan derved siges at transcendere den autoritative diagnosticeringsproces, som kan være konsekvensen af et videnskabslogisk klassificeringssystem, som eksempelvis DSM-IV-TR og ICD-10. Dette kan bringe diagnosticering fra umiddelbar bestemmelse til indsigtsfuld og refleksiv videnstilegnelse, psykiater og patient imellem.

**6.2 Der er elementer af den menneskelige psyke, der undviger sig genkendelse**

Denne påstand, som den udfolder sig i afsnittets overskrift, er ligeledes initielt formuleret af Jaspers, som fremfører at mennesket konstant transcenderer sin egen empiriske virkelighed, og bevæger sig ud i en del af verden, som det ikke er muligt at erkende.

Det er denne empiriske virkelighed, det er muligt for videnskaben at undersøge, ifølge Jaspers. Han italesætter således en tredje faktor, *den transcenderede virkelighed*, som Lund Madsen eksempelvis ikke har øje for; hvorfor Lund Madsens redegørelse for den menneskelige bevidstheds placering i hjernen er tynget af paradoksale konklusioner. Han afviser at der findes noget ’oprindeligt sandt’, og ophøjer i samme åndedrag organet ’hjernen’ som kilde til al sandhed og viden omkring mennesket og den menneskelige eksistens. Således er det gennem forståelsen af hjerneprocesser, ifølge Lund Madsen, muligt at begribe hvorledes og hvorfor mennesket handler, tænker, eksisterer etc. Ifølge Jaspers, kan vore tanker omkring virkeligheden aldrig svare til et fuldstændigt begreb omkring virkeligheden, hvilket kolliderer med Lund Madsen beskrivelse af at virkeligheden skabes i den menneskelige bevidsthed. Hvis virkeligheden skabes af bevidstheden, og bevidstheden sidder i hjernen, burde Lund Madsen i sagens natur kunne fremvise virkeligheden gennem hjernescanninger, og derfor også virkeligheden omkring lidelser som skizofreni.

**6.2.1 Den skizofrene erfaring**

Som tidligere nævnt er Jaspers tænkning stærkt influeret af Kant, hvorfor Jaspers’ beskrivelse af den skizofrene erfaring kan forstås som den kantianske *Ding-an-sich*; en ting i sig selv, der ikke kan erkendes fuldt ud som objekt, idet den aldrig fuldt ud kan anskueliggøres. Dette formulerer Jaspers ved at angive den empatisk fænomenologiske begrænsning i indsigten i den skizofrene erfaring.

I sit mesterværk *Åndens Fænomenologi* (Hegel, 1807), præsenterer Hegel hvorledes et subjekt og et objekt ikke kan begribes hver for sig; hver især begribes de på hinandens præmisser, hvilket medfører at der ikke kan være tale om et objekt uden et subjekt, et vice versa. De er dialektisk forbundet med - og derved ligeligt betinget af hinanden.

Som følge af dette, afviser Hegel Kants subjekt/objekt relation som værende ensporet, idet man, i Hegels optik, ikke med sandhed intakt kan postulere at objekter retter sig efter subjektets erkendelse, eftersom subjektet og objektet ikke er modstridende poler. Derimod gengiver subjektet og objektet sig i hinanden i et evigt dialektisk udviklende -og aldrig afsluttet forhold, og derfor afviser Hegel at objektet retter sig efter subjektets erkendelse, som foreslået af Kant; subjektet erkender sig selv gennem objektet. Der er altså tale om en gensidig begrebslig formidling subjekt og objekt imellem (Hegel, 1807).

Grundstenen i Hegels filosofiske system er således den dialektiske tænkning. Gennem filosofien om at *det hele er sandheden*, afviser han Kants filosofi om *Ding-an-sich* og erkendelsens mulighedsbegrænsninger. Det sande forholder sig, ifølge Hegel, altid til det absolutte, og han foretager således en solid afvisning af Kants filosofi, hvormed han baner vejen for sandheden om den menneskelige erkendelse i et andet lys: helheden[[36]](#footnote-36). Erkendelsens mulighedsbegrænsning, som den blev fastslået af Kant, bliver ligeledes kritiseret af Churchland. Således argumenterer hun for at man allerede er nået længere i indsigten i den menneskelige bevidsthed, end hvad skeptiske filosoffer, som Kant, anså som værende muligt. Hun falsificerer således at der skulle kunne være tale om at videnskabens grænse går der til, hvor menneskets forestillingsevne og rene fornuft når sin grænse – altså ved den a prioriske viden – idet man allerede, ifølge Churchland, har transcenderet hvad der tidligere blev betragtet som a priori sandheder, gennem a posteriori undersøgelse (Churchland, 1994).

Ifølge Hegel, kan der altså ikke være tale om noget fænomen i verden – og derfor i den menneskelige psyke - der undviger sig genkendelse, idet ethvert fænomen er indeholdt i et andet fænomen, og derved indeholder sin egen negation og modsætning. Betragter man den skizofrene erfaring som eksempelvis udtryk for det at være syg, er denne erkendelse således betinget af forståelsen af hvad det vil sige at være rask. På vejen mod forståelsen af det, der adskiller sig fra en selv, er altså anerkendelsen af det, man har til fælles med det, man definerer sig selv negativt igennem. I denne forstand, er skizofrene individer således ganske vist præget af svære og ekstreme oplevelser, der er slående uforståelige for ikke-skizofrene individer. Ikke desto mindre er der elementer af den skizofrene erfaring, som ikke er fremmed for os; der er således intet mystisk eller patologisk over skizofrene individers ønske om at begribe deres oplevelser, situation og fremtidsperspektiver (Larsen, 2006, 85), og i den forstand at have behov for at begribe erfaringer yderligere end en diagnostisk klassificering tilbyder, efter endt psykotisk tilstand. I hegelsk forstand adskiller det skizofrene individ sig således fra det ikke-skizofrene individ, idet de definerer sig selv negativt i forhold til hinanden, og derfor altid vil være afhængig af *objektet* for denne *negation*. I denne tråd af tanker, vil et dybere indblik i – og forståelse af den skizofrene erfaring tilbyde en mere nuanceret forståelse af det, man definerer det raske individ negativt igennem – og dermed en mere nuanceret forståelse både af det, der skizofrene individ er og ikke er, og det, det ikke-skizofrene individ er, og ikke er.

En sådan dialektisk tilgang til postulatet om skizofreniens utilmative utilgængelighed betyder imidlertid ikke at en objektificering af lidelsen er ensbetydende med at det er en fysisk anskuelig ting i tid og rum. Som italesat af Szasz, kan skizofrenien i denne optik således objektificeres og diskuteres på samme niveau som andre teoretiske begreber, hvilket ikke gør det til en objektiv sandhed eller fysisk tilstedeværende ting, men dog stadig et muligt objekt for subjektet at erkende.

**6.3 Skizofreni er et paradoks**

Argumentet, som det udfolder sig i afsnittets overskrift, er formuleret af Szasz, men i øvrigt ligeledes italesat af de øvrige gennemgåede teoretiske bidragere.

Ordet ’paradoks’ kommer af den græske betegnelse ’para-doxa’, og betyder ’modsat-mening’ – altså noget, som er uden for enhver mening (Lübcke, 2010, 535). Således kan paradokset siges at formulere systemernes og kategoriernes grænse; når et system eller en kategori når til et paradoks, kan det ikke nå længere, idet det har nået systemets grænse. Et paradoks kan derved siges at være udenfor meningsdannende systemers grænse, fordi det netop er udenfor det, der giver mening. Jaspers formulerer denne ’systemets grænse’, idet han postulerer at man kun kan forstå skizofreni som en del af en uendelighed, man aldrig kan udtømme. Som fremført i gennemgangen af Jaspers’ *Allgemeine Psychopathologie*, betyder dette at den systematiske kategorisering af skizofreni, som det ses i DSM-IV-TR og ICD-10, er et paradoksalt samtidigt udtryk for den viden, der er tilgængelig om skizofreni, samt for grænsen til den viden, man aldrig kan få indsigt i. Således italesatter skizofreni som et paradoks klassifikationssystemernes grænse, gennem Jaspers formulering. En tredje og eventuelt mere potent vej for systematisering er ikke i spil, og kløften i psykiatrien tydeliggøres som følge af dette. Gennem Jaspers formulering forstås herved at paradokset ’skizofreni’ er udenfor klassifikationssystemernes grænse, fordi der er elementer af lidelsen som er paradoksale, i den forstand at disse elementer ikke kan systematiseres, idet de er udenfor det, der giver mening.

Ifølge Szasz, er selve begrebet ’psykisk sygdom’ et paradoks. For at specificere denne påstand i forhold til nærværende problemstilling, har jeg omformuleret Szasz’ argument til at lyde ’skizofreni er et paradoks’. Jeg har altså en formodning om at Szasz ville betragte skizofreni som et paradoks, netop ud fra at fænomenet er klassificeret som en psykisk sygdom.

Ifølge Szasz, anvendes det teoretiske begreb ’psykisk sygdom’ som årsagsforklaring til utallige og forskellige begivenheder. Paradokset udfolder sig således i at psykisk sygdom anføres som abstraktion for at forklare bestemte typer adfærd, hvorefter man, ifølge Szasz, anfører denne abstraktion som årsag til at personlighed forvrænges. Således italesættes Hegels protest mod abstraktionstænkning, idet Szasz postulerer at man anvender en abstrakt forståelse af skizofreni som årsagsforklaring, hvorved man i samme instans falsificerer en sådan handling. Dette, idet den forståelse af skizofreni, hvorpå man forklarer bestemte typer adfærd, ikke er baseret på en helhedsforståelse af fænomenet, der inkluderer overvejelser om menneskets eksistentielle kamp, men snarere på en abstraktionsforståelse af fænomenet, der bygger på skizofreni som værende en konsekvens af defekter i hjernen.

I forhold til paradigmerne udfolder sig derfor en paradoksal spaltning af selve diagnosen om ’det splittede sind’, som nævnt i indledningen. Således er det i sig selv et paradoks at en lidelse, hvis essens er splittelse, er delt i to lejre, som har markant forskellige måder at betragte lidelsens essens på. Paradigmerne italesætter to mulige veje at undersøge lidelsen på, som yderligere laver ringe i vandet af fortolkninger af lidelsens karakter og manifesteringer. En af disse mulige fortolkninger, italesat af Szasz, analyseres i det følgende.

**6.4 Begrebet ’psykisk sygdom’ er en patologisering af den menneskelige kamp med tilværelsen**

Argumentet, som det udfolder sig i afsnittets overskrift, er ligeledes initielt formuleret af Szasz, som mener at der begås en epistemologisk fejl, når man betragter kompleks menneskelig adfærd, som symptom på neurologiske forandringer. Dette er en fejl, som manifesterer sig i den måde, man udtrykker og organiserer viden på, ifølge Szasz.

Szasz fremfører således at den subjektive vurdering, der altid vil være til stede i diagnosticeringen af en psykisk syg, netop er underminerende for selve begrebet ’psykisk sygdom’; hvis en eventuel diagnosticering er afhængig af den respektive psykiaters forhold til et normalitetsbegreb, er indholdet af psykisk sygdom i sidste ende altid bestemt af en subjektiv vurdering af hvad, der opfattes som værende ’normalt’ og derved ’sundt’. Som følge heraf, vil en diagnosticering af et menneske som værende skizofren altid afhænge af om den individuelle psykiater finder personens udtalelser og tanker normale og derved sunde, ifølge Szasz.

Szasz fører denne patologisering af mennesket tilbage til nutidens videnskabelige adfærdsteorier, og fremfører således at en naturalistisk domineret psykiatri ikke har rum til at acceptere at den menneskelige tilværelse, samt relationer heri, er gennemsyret af besværligheder. Det naturalistiske blik har således, ifølge Szasz, ikke tålmodighed til at forholde sig til ubalancer og konflikter mellem menneskets værdier og behov, hvorfor en nærliggende løsning bliver en upersonlig årsagsforklaring på problemer i den menneskelige tilværelse, gennem netop fænomener som skizofreni. I Szasz’ optik, er det, der i ICD-10 og DSM-IV-TR skitseres som skizofren adfærd, altså ikke andet end udtryk for menneskets besværligheder med at rumme livet.

Denne forståelse af skizofrenien som værende besværligheder med at tackle tilværelsen antydes ligeledes af Jaspers, omend på et mere moderat niveau. Således fremfører Jaspers at den søgen efter meningsgivende sandheder om tilværelsen, som ofte ses hos mennesker, der lider af skizofreni, ikke er fremmed for os; hvis man for eksempel er deprimeret, kan en pludselig klar bevidsthed om noget have en omgående beroligende effekt, uanset om dette ‘noget’ bunder i sandhed eller ej, fremfører Jaspers. En persons overbevisninger; det være sig religiøse, politiske ellers bizarre overbevisninger, er derfor, ifølge Szasz, netop det; noget, et menneske tror på, og kan derfor ikke forklares ud fra en lidelse i nervesystemer. I denne tråd af tanker, illustrerer Szasz således at eksempelvis religiøse overbevisninger kan være ligeså bizarre, som de bizarre overbevisninger, man oplever hos skizofrene individer – tænk blot på den kristne tro på at Kristus gik på vandet og genopstod fra de døde, eller den muslimske tro på at martyrdøden fører til et himmerige med 40 jomfruer, ventende på martyren. Sidestillet med Szasz’ eksempel om en bizar overbevisning om at ens indre organer allerede er døde, er det ud fra denne optik svært at afgøre hvad, der strider mest mod naturvidenskabelige love. Denne besværlighed italesættes i ICD-10 og DSM-IV-TR som værende begrundet af forskellige kulturers forestilling om, hvad der kan klassificeres som værende bizart. Ikke desto mindre er det i klassificeringssystemerne angivet at ét symptom på bizarre vrangforestillinger og hallucinationer, kan være tilstrækkelig evidens, for at udløse en skizofreni diagnose.

Det fremgår således at Szasz italesætter den ene af de to muligheder, Boorse fremfører som værende tilgængelige for at opnå konsensus om hvad ‘mental sundhed’ er; Szasz afviser at der overhovedet kan være tale om psykisk sygdom, herunder skizofreni, idet de adfærdsformer og symptomer, klassificeringer som skizofreni dækker over, blot er udtryk for den menneskelige kamp med tilværelsen. Boorse er fortaler for den anden mulighed; at beholde det medicinske ordforråd, så det er det samme for fysiologisk såvel som psykisk medicin, hvilket indebærer at man må acceptere de konsekvenser, dette får for det psykologiske domæne.

Mellem Szasz og Boorse fremgår således en lysende skildring af kløften mellem den fænomenologiske - og den naturalistiske psykiatri. Denne kløft forholder Boorse sig til, fra et udpræget naturalistisk udgangspunkt, idet han mener at det er modvilligheden til at danne forbindelser mellem mental – og fysisk sundhed, som invaliderer klinisk diskussion.

I forhold til den empatiske indsigts begrænsning, som er italesat af Jaspers, og gennemgået tidligere, er Szasz’ forståelse således at den empatisk fænomenologiske metode skal rettes mod det enkelte menneskes kamp med tilværelsen, og ikke mod en klassificering, der opsummerer og indkapsler generelle træk ved denne kamp gennem en bestemt form for adfærd under én årsagsforklaring.

Den empatiske undersøgelse skal derfor, ifølge Szasz, snarere nå frem til en forståelse af menneskets situation uafhængigt af et begreb om sygdom og normalitet, end den skal nå frem til en forståelse af den skizofrene erfaring. Dette er fænomenologiens ypperste opgave, som den italesættes gennem Szasz.

**7.0 Diskussion**

I det følgende fremgår en diskussion af udvalgte kernepunkter, som de har udfoldet sig i analysen af de to psykiatriske paradigmer.

**7.1 Om tabet af den eksistentielle selvforståelse**

Fra et fænomenologisk perspektiv, er den væsentligste bekymring ved den udvikling i psykiatrien, der har givet særlig betydning til diagnosesystemer, om den medfører at man med væsentlig overvægt formulerer og dyrker et sprog, der omtaler og adresserer fænomener i psyken som diagnosticerbare sygdomme, når man søger at begribe menneskelig lidelse. Denne undren italesættes med reference til anvendelsen af eksempelvis Schneiders *first-rank* symptomer i DSM-IV-TR og ICD-10, som næppe lever op til Parnas’ krav om et fænomenologisk perspektiv, og som efterlader rum for i særdeleshed ét sæt praksisser, i håndteringen af disse fænomener i psyken; medicinsk-diagnostiske praksisser. Acceptereres denne ene medicinsk-diagnostiske praksis i forhold til forståelsen af det menneskelige bevidsthedsliv, synes en sandsynlig konsekvens at være tabet af andre forståelser af menneskelig lidelse, som for eksempel den eksistentielle og fænomenologiske forståelse – som italesat af Szasz, gennem afvisningen af selve begrebet ’psykisk sygdom’.

Det er her ikke min hensigt at underminere relevansen af de betydelige fremskridt indenfor moderne psykiatrisk diagnostik og medicin, men snarere at italesætte et argument om at frasorteringen af sådanne fænomenologiske og eksistentielle forståelsesrammer meget vel kan indskrænke menneskets selvforståelse, snarere end at have effekter som afklaring og øget selvbevidsthed (Brinkmann, 2010). Denne bekymring ses således italesat af Szasz, som udtrykker en kraftig bekymring over patologiseringen af menneskelig lidelse til at være decideret diagnosticerbar sygdom. Om skizofreni diagnoser er en patologisering af almen, om jeg så må sige, menneskelig lidelse, er næppe et postulat, der hører hjemme i nærværende specialearbejde, men det er alt andet lige en væsentlig bekymring at tage med i undersøgelsen om man generaliserer livserfaringer, der for den enkelte, om end givetvis ganske bizarre, samtidigt er ganske konkrete. På hegelsk facon er bevægelsen fra det partikulære til det generelle udelukkende en gyldig vej til viden om et fænomen, såfremt den udfolder sig dialektisk, og derved har indeholdt i sig bevægelsen tilbage fra det generelle til det partikulære – ellers er det en abstraktion.

I forhold til det tidligere anførte argument om at fordelen ved klassificeringssystemer kan være at man altid kan rette en forkert diagnose, men at fraværet af et diagnosesystem ville gøre at man famler i blinde, må man overveje om et sådant argument har det partikulære menneske og dets situation i fokus. I så fald bliver diagnosticeringens gyldighed altså et spørgsmål om fokus; vil man behandle lidelser som skizofreni med kvantificerbar diagnosticering som fokus, så ja: i så fald kan en forkert diagnose blot ændres. Vil man imidlertid behandle lidelser som skizofreni med det enkelte menneske og dets konkrete – ikke generelle – forhold i livet som fokus, så nej: i så fald må man have blik for den massive indflydelse det *kan* have på menneskets selvforståelse at få stillet en diagnose og yderligere at risikere at få stillet forskellige diagnoser. Men i sidste ende må det imidlertid være sådan at hverken det ene eller det andet fokus kan udelukke den andens relevans, og nødvendighed, for at undgå at psykiatrisk diagnosticering sker på baggrund af en abstrakt forståelse af den menneskelige psyke.

I den forbindelse, må man overveje om forståelsen af begrebet ’diagnose’ og diagnosticeringspraksis udfolder sig som værende problematisk i forhold til dannelsen af en kløft mellem de to psykiatriske paradigmer. Arbejdes der med diagnosticering som en ikke-fleksibel og rigid klassificeringstænkning, formuleres et enten/eller system, hvorved diagnosens funktion tilpasses moderne biologisk videnskabs objektive og teoretiske struktur. Man må således overveje hvorledes en diagnose kan transcendere den rigide dikotomiske og abstrakte udformning, der gøres tilgængelig via klassificeringssystemer, til fordel for et perspektiv på en fleksibel og procesorienteret diagnose, hvis funktion er at rumme sygdomsoplevelsen og således den skizofrene erfaring som helhed.

Det er derfor nødvendigt at overveje hvilke konsekvenser, det kan have for diagnosticering og behandling af skizofrene, at paradigmer i psykiatrien adskilles som idealtyper. Forståelsen af klassificeringen - og diagnosen skizofreni indsnævres i en insisteren på at holde den fænomenologiske – og naturalistiske tilgang til – og forståelse af lidelsen adskilt. Den medicinske behandling af det psykotiske skizofrene individ er en vigtig faktor i at hjælpe individet ud af den psykotiske tilstand, men netop en sådan tilstand er ikke udelukkende udtryk for en klassificering, hvis symptomer forsvinder, når den behandles medicinsk. Efter endt psykotisk tilstand manifesterer den skizofrene erfaring sig som en erindring hos det diagnosticerede individ (Larsen, 2006). Det er derfor essentielt at arbejde hen imod et perspektiv på udligning af det dikotomiske forhold mellem de to psykiatriske paradigmer, netop for at undgå den negative indflydelse på behandling af eksempelvis skizofreni. Jeg ønsker her at italesætte at behandling må bygge, ikke kun på diagnosticering, men ligeledes på en ikke-diagnostisk praksis, hvor hele den skizofrene erfaring rummes og behandles, og hvor den rigide diagnoseopfattelses indflydelse på behandling af skizofreni transcenderes i en forenet fænomenologisk - og naturalistisk indsats, hvor antipsykotika, psykoterapeutisk behandling samt psykologsamtaler komplimenterer hverandre.

Der tales netop her ikke om mærkater, der kan rives af og på som klistermærker efter forgodtbefindende, men diagnoser, der meget vel kan rokke ved individets selvforståelse, og som kan efterlade mennesket med en abstrakt forståelse af sig selv som værende sygt. Nedprioriteres det fænomenologiske paradigme således til stadighed, kan den førnævnte konsekvens om at menneskets selvforståelse indskrænkes, fremfor afklares, udmunde i at mennesket fører en tilværelse, hvor det ikke er bekendt med sig selv.

Ifølge Hegel, udfoldes menneskets selvbevidsthed gennem anerkendelsen fra den anden, hvorved anerkendelsens dialektik afslører et paradoks i bevidsthedsudviklingen, nemlig at autonomi opnås gennem en afhængigshedsrelation til den anden (Hegel, 1807, kapitel 5). Det umiddelbart muligt ukonstruktive ved en diagnose er således at relationen, hvori den stilles, ikke er ligeværdig; selvbevidstheden og selvforståelse udvikler sig og påvirkes i en relation, hvor mennesket anerkendes af den anden, og derved forstår sig selv, som værende sygt. Individet kan således siges at udfolde sin selvforståelse i en relation, hvor det betragtes som værende afvigende fra normen. I selve anerkendelsen kan derved medfølge en fornemmelse af frastødelse; en afvigelse fra den, man indgår relationen med (psykiateren). I denne tråd af tanker, kan diagnosticering således medføre at det enkelte menneske stigmatiseres, opnår anerkendelse og udfolder selvbevidsthed i form af forståelsen af sig selv som værende sygt. Jeg ønsker her at tydeliggøre at selve handlingen at ændre en diagnose, givetvis er noget man ”blot” gør, men at denne letsindighed kan påvirke det diagnosticerede individs selvforståelse på destruktiv vis. Hermed ikke sagt, at en diagnose ikke kan have positiv effekt på det diagnosticerede individ, idet en diagnose i mange tilfælde fører til korrekt behandling, og afklaring for det diagnosticerede individ[[37]](#footnote-37).

Ved at insistere på at begribe skizofrenien abstrakt, bringes forståelsen af fænomenet i usandhed, hvilket ligeledes gælder for det skizofrene individ, hvis dette udelukkende begriber sig selv som værende sygt, gennem en abstraktion italesat i høj grad via diagnosticering i klassificeringssystemer.

**7.2 Om falske sammenhænge**

Ifølge Hegel, er den abstrakte tænknings greb om samfund resultat af angsten for sandhed; at man ikke vover at erkende hele sandheden resulterer således i at man lader sig nøje med en forståelse af fænomener, som kun afspejler en del af en helhed, og således en del af en sandhed om et givent fænomen (Hegel, 1807, 55-56). I denne forstand synes den massive fokusering på hjernens kompleksitet i forhold til fænomener som skizofreni en mulig konsekvens af det uoverskuelige i det hele menneskes kompleksitet. Ifølge Brinkmann, er menneskehjernen i sandhed stor og kompleks, men mennesket i sin helhed endnu større og mere komplekst. Spørgsmålet er derfor hvad det er, man gør sig selv ude af stand til at erkende, når man tænker abstrakt, uden at forholde sig til abstraktionen som en del af en sandhed, fremfor eneste reference til sandheden.

For at have nogen forhåbning om at begribe et fænomen, er det, fra et filosofisk synspunkt, essentielt at gøre sig elementerne af det klart. Man må således anskue en given problematisk tendens ud fra de elementer, der udfolder sig i realiteten, fremfor de falske sammenhænge, der ofte tages for givet som sande tilstande. At insistere på en adskilt forståelse af skizofreni ud fra de respektive psykiatriske paradigmer, kan resultere i at en eventuel diagnosticering vil få symptombehandlende – og konstaterende karakter, idet man så at sige blot skraber overfladen af fænomenet. Om end det kan diskuteres hvorvidt selve begrebet ’psykisk sygdom’ er en patologisering af menneskelig lidelse, er det alt andet lige en væsentlig pointe og således bekymring at man, ved i høj grad at fokusere på forståelsen af skizofreni gennem hjernemekanismer, rykker det at udvise og udøve dyb forståelse og empati for et menneske, der kæmper med tilværelsen i anden række, som en slags ’tillæg’ til den primære behandling; medicinsk behandling.

En abstrakt forståelse af det, at diagnosticere skizofreni til hovedsageligt at være selve konstateringen af den fysiske manifestering af symptomer, sidestiller mennesket med dets diagnose, idet det, i denne formulering, kan forstås således at organet ’hjernen’ nærmest er et væsen indeni mennesket, hvorfor et splittet sind i denne analogi nærmest synes en forudsætning for menneskets virke. Det menneskelige i mennesket bliver således placeret i hjernen, og det synes at være denne problematiske tendens, Brinkmann kritiserer, idet han udtrykker det absurde i at personificere et organ i mennesket, og på denne måde spærre mennesket inde i sin hjerne, om man så må sige.

En sådan problematisk tendens til at personificere og menneskeligegøre organet hjernen kan have uhensigtsmæssige konsekvenser for det individuelle menneskes bevidsthedsudvikling og således selvforståelse. Om end man givetvis opfatter en psykisk sygdom som skizofreni som en defekt i hjernen, som generelt opleves hos skizofrene individer, er den skizofrene erfaring nødvendigvis ganske partikulær og individuel for det enkelte skizofrene individ. I denne sammenhæng må man som autoritativ instans, som psykiatrien må siges at være, ligeledes gøre sig klart at den tænkning, der dyrkes, spreder sig som ringe i vandet ud over befolkningen, hvorved det at man opretholder den symbolske kløft mellem den naturalistiske – og fænomenologiske psykiatri, ligeledes kan siges at opretholde kløften i diagnosen og det enkelte menneske. Fænomeners dialektiske karakter gør sig således gældende på alle niveauer, hvor den konstante bevægelse fra det generelle til det partikulære manifesterer sig.

Gennem nærværende specialearbejde har en såkaldt ’falsk sammenhæng’ således udfoldet sig gennem dyrkelsen af det mellem paradigmerne gensidige postulat om at de hver især kan overflødiggøre og udelukke hinanden. I hegelsk forstand kan det ikke være en afspejling af virkeligheden, men der imod udelukkende en abstraktion, som undlader at inddrage det, der er væsentligt i forhold til at begribe sandheden om ethvert fænomen: helheden. I forhold til tidligere fremførte argument om at skizofreni transcenderer systemernes grænser, idet der er elementer af skizofreni, der går ud over det, der giver mening, manifesterer sig ud fra et hegelsk synspunkt en anledning til at overveje nytænkning af systemer, der kan rumme en potent tredje – og helhedsbaseret måde at betragte lidelser som skizofreni på. Når skizofreni udfolder sig som noget, der er udenfor meningsgivende systemers grænse, vil et hegelsk forslag til et arbejde hen imod en løsningsmodel således være at positionere sig i et nyt system, der er i stand til at rumme det, tidligere systemer ikke var i stand til. En sådan nytænkning er givetvis ikke det, der manifesterer sig som førsteindskydelse, i et samfund, der er gennemsyret af systemtænkning, ligesom man ser i psykiatrien. Derfor må en sådan proces, ud fra et filosofisk synspunkt, påbegyndes med et opmærksomt blik for en potentiel uvilje overfor at acceptere et nyt system, der på nogle områder nødvendigvis vil modsige det tidligere.

I det følgende fremgår konkluderende bemærkninger på analysen af de to psykiatriske paradigmer, samt en perspektiverende videre refleksion over problemfeltet.

**8.0 Konklusion**

I forsøget på at udvikle et perspektiv på samarbejde mellem de to psykiatriske paradigmer, transcenderes det filosofiske felt i det anvendt filosofiske arbejde. Som følge af dette, har analysearbejdet indenfor det psykiatriske vidensfelt forudsat en massiv videnstilegnelse, og afklaring om feltets tankemåde og begrebsanvendelse. Dette har specielt været aktuelt, idet analysestrategien var en operationalisering af Hegels protest mod abstraktionstænkning, og derfor udfoldede den metodiske fremgangsmåde sig som værende en dybdegående filosofisk undersøgelse af de respektive paradigmer, hvilket inkluderer at undersøge deres respektive grundbegreber; hvordan de hver især anskuer disse, samt hvilke forbindelser, der kan identificeres paradigmerne imellem.

Idet analysen har omdrejningspunkt om hvordan et perspektiv på at få paradigmerne til at arbejde sammen kan udfolde sig, udarbejdedes specialet på et forholdsvist præliminært niveau. Som følge af dette, valgte jeg at spidse de to psykiatriske paradigmer til som weberske idealtyper, idet sådanne kan være velegnede til at påbegynde formulering af hypoteser omkring samfundsudvikling – i dette tilfælde, en udvikling i psykiatrien. Den forståelse af skizofreni, der tilvejebringes i dette speciale, har således udfoldet sig ud fra de elementer, der er tilgængelige i skildringen af paradigmerne, og det er på baggrund af denne forståelse, at man ikke skal betragte de tilspidsede idealtypiske fremstillinger af de psykiatriske paradigmer som fuldt ud udtømmende af den empiriske virkelighed, der udfolder sig omkring fænomenet ’skizofreni’. Således er nærværende undersøgelse af paradigmerne nødvendigvis afhængig af den måde, hvorpå elementerne manifesterer sig på nuværende tidspunkt. På webersk facon, vil disse elementer nødvendigvis forandre sig i takt med at kulturen forandrer sig, hvorfor man må være bevidst om at en undersøgelse af paradigmer i psykiatrien er en abstraktion fra helheden, som derfor på ingen måde har som formål at postulere en endegyldig sandhed omkring skizofreni. Snarere betragter jeg mit speciale som et bidrag til arbejdet hen imod et perspektiv på hvordan paradigmerne kan arbejde sammen om at begribe fænomener som skizofreni.

I udfoldelsen af klassificeringssystemerne ICD-10 og DSM-IV-TR blev en kritisk undersøgelse af Schneiders *first-rank* symptomer aktuel, idet diagnosticering ifølge klassificeringssystemerne hviler på disse, i en grad, der ikke nødvendigvis kan siges at være understøttet af Schneiders arbejde. Ligeledes blev Jaspers 100 år gamle værk aktualiseret i forhold til kløften i psykiatrien, og gennem fænomenologen Ratcliffes fremstilling af det. Szasz’ nådesløse tænkning og behandling af begrebet ’psykisk sygdom’ gør, at han som bidrager både er et klart eksempel på en fuldstændig afvisning af klassificeringssystemers måde at diagnosticere på, ligesom at han i øvrigt italesætter den eksistentielle forståelse af menneskelig lidelse, som det i indledningen nævnte fokus på hjernemekanismer har nedprioriteret i psykiatrisk diagnosepraksis.

Werge tilbød et eksempel på reduktionistisk naturalisme i forskning, ligesom at Lund Madsen tilbød et eksempel på reduktionistisk naturalisme i populærvidenskabelig hjerneforskning, der således når ud over psykiatriens grænser. Boorse og Churchland er to forskellige bud på naturalisme i filosofien; Boorse formulerer en blødere naturalisme, mens Churchland er fortaler for ren reduktionisme, hvor sindet og hjernen sidestilles.

Analysen udfoldede sig som en granskning af klassifikationssystermene og de respektive bidragere til de respektive paradigmefremstillinger, hvorved paradigmernes grundbegreber; anskuelserne af disse grundbegreber samt hvilke forbindelser, der kunne identificeres paradigmerne imellem blev analyseret - herunder i høj grad hvilken kritik de retter mod hinanden, og på hvilke punkter de kan siges at falde i deres egen kritik, om man så må sige. Her blev operationaliseringen af abstraktionskritik frugtbar i forbindelse med at illustrere hvorledes de to idealtyper reelt set er afhængige af hverandre. Således manifesterede sig de såkaldte ’falske sammenhænge’, der senere blev taget op til diskussion. I den forbindelse blev det også aktuelt at undersøge hvornår en reduktion kan siges at være gyldig, og således hvad der skal til for at en reduktionistisk tankemåde ikke ender i abstraktionstænkning.

Analysen mundede slutteligt ud i en refleksion over om den skizofrene erfaring kan begribes, og således om det i jaspersk jargon overhovedet er muligt at komme frem til en dybere forståelse af fænomenet, end der foreligger. Med dette fulgte diskussionen om tabet af den eksistentielle selvforståelse og om de falske sammenhænge, der er blevet identificeret gennem analysearbejdet, og som kan siges at være problematiske i forhold til det at arbejde hen imod et perspektiv på at komme ud over den abstrakte forståelse af skizofreni. Således søgte jeg at italesætte hvorledes man, ud fra et hegelsk synspunkt, kan formulere opstarten til udviklingen af et system, der transcenderer de begrænsninger, jeg igennem nærværende specialearbejde har forsøgt at identificere ved udformningen af aktuelle klassificeringssystemer.

Gennem Hegels protest mod abstraktionstænkning tilbød sig muligheden for at åbne det partikulære problem om kløften i psykiatri og klassificeringen ’skizofreni’, og udfolde det til generelle og normative spørgsmål omkring patologisering af menneskelig lidelse samt behandling af psykisk sygdom. Nærværende specialearbejde kan derfor ligeledes være med til at danne grobund for at undersøge bevæggrunde og kausalsammenhænge for hvorfor man i det hele taget som samfund vælger at fokusere på hjernemekanismer i forståelsen af det menneskelige sind, i hvilken sammenhæng Lund Madsen eksempelvis gentagne gange nævner begrebet ’kontrol’. Med dette, ønsker jeg at tydeliggøre at en filosofisk dybdegående undersøgelse af et partikulært felt åbner for enormt mange normative spørgsmål, som breder undersøgelsen ud til generelle konstruktioner og relationer i samfundet. Disse vil jeg i specialets afsluttende perspektiveringen søge at komme med bud på.

**8.1 Perspektivering**

Den hegelske fænomenologi kan siges at have gennemsyret nærværende specialearbejde som helhed, idet udgangspunktet var en operationalisering af Hegels protest mod abstraktionstænkning. På denne baggrund, blev udarbejdelsen af bidraget til et perspektiv på at få de to psykiatriske paradigmer til at arbejde sammen i forståelsen af skizofreni, udført via dialektisk tænkemåde, hvor hegelske fænomenologiske begreber som negation og abstraktion gjorde sig gældende.

Skal man imidlertid arbejde strengt hegelsk i forsøget på at undersøge hvad den hegelske fænomenologi kan betyde for hypotesen om at paradigmerne kan arbejde sammen, er et oplagt spørgsmål, som ikke har udfoldet sig efter streng hegelsk logik i nærværende specialearbejde, hvorvidt de to psykiatriske paradigmer overhovedet kan siges at arbejde hver for sig. I den strenge hegelsk dialektiske undersøgelse af en given problemstilling må man således forholde de givne elementer til hinanden, hvilket i denne forbindelse ville betyde et specialearbejde udført ud fra en erkendelse af at det fænomenologiske paradigme udelukkende kan siges at eksistere i kraft af dets egen negation; det naturalistiske paradigme, et vice versa, og at de to paradigmer af denne grund ikke kan begribes adskilt fra hverandre.

Indenfor samme problemfelt kunne således yderligere dybdegående undersøges, hvilke forbindelser, der forefindes mellem de to psykiatriske paradigmer, som man ikke er udpræget opmærksom på, på grundlag af en hegelsk tanke om at et paradigme som naturalisme ikke ville kunne karakterisere sig selv, uden at tage stilling til – og afstand fra, den paradigmatiske modsætning, naturalismen definerer sig selv negativt igennem.

Med Hegels fænomenologi, afsløres en verden, hvor mennesket kan siges aldrig at have fast grund under fødderne i form af videnskabelige endegyldige sandheder, fordi kulturen og historien er under evig forandring. Dette står i stærk kontrast med det fokus, der i nutidig psykiatri lægges på endegyldige sandheder om menneskets sind, gennem neurologi og hjernemekanismer. Et videre skridt herfra, i forsøget på at udvikle et perspektiv på at opnå en forenet fænomenologisk - og naturalistisk forståelse af skizofreni kunne inkludere et blik på den amerikanske filosof, John Dewey (Dewey). Ifølge Dewey, er erkendelsen af virkelighedens evigt kontingente - og omskiftelige natur ikke nødvendigvis ensbetydende med at man må basere sin forståelse af virkeligheden på abstraktioner, som man ser i nutidig psykiatri. Ej heller er det ensbetydende med at mennesket ikke kan leve et værdifuldt liv, hvor det er bekendt med sig selv, i en sådan omskiftelig verden. Snarere bør man have mod til at forsøge at mestre verden bedst muligt gennem de sociale sammenhænge, ethvert menneske vil indgå, leve – og udvikle sig i. Der forefindes således, ifølge Dewey, en fornuftig måde, hvorpå mennesket kan reagere på virkelighedens omskiftelige natur, og som ikke inkluderer en abstraktion fra helheden (Brinkmann, 2006, 13). Det er i dette henseende væsentligt at man som sygdomsbehandlende sundhedssystem forsøger at gøre op med, hvad man ønsker at opnå med klassificeringen ’skizofreni’ og dens funktion.

Det er her min mening at formulere et bud på en rekonstruktiv – frem for abstraktionsbaseret – måde at forholde sig til kløften i psykiatrien, som har konsekvenser for diagnosticering og behandling af blandt andet skizofrene individer. Foretager man dette rekonstruktive skridt blandt andet inspireret af Deweys filosofi, kan der arbejdes hen imod at gøre det diagnosticerede skizofrene menneske til en aktivt handlende deltager i livet og tilværelsen, hvorved det bliver muligt for det enkelte menneske at have medbestemmelse over hvorledes denne omskiftelige virkelighed udvikler – og manifesterer sig fremover. Dette skal imidlertid ikke forstås således at Dewey fremstiller den menneskelige bevidsthed som bestemmende over virkelighedens udvikling – snarere er det argumentet om at mennesket kan stabilisere virkelighedens omskiftelighed gennem videnskab, etik, politik og pædagogik (Brinkmann, 2006, 13). Det er her min hensigt at formulere at en behandlings – og diagnosticeringspraksis, der er procesorienteret og fleksibel, fremfor rigid og klassificeringsbestemt, med fordel kan inddrage en forholden-sig til den skizofrene erfaring ud fra Deweys filosofi om det værdifulde liv i den kontingente tilværelse.

Deweys tænkning kan således siges at være pragmatisk naturalistisk, men i den forstand at han opfatter mennesket som et naturvæsen, der ikke blot er passiv modtager overfor naturen. Således adskiller hans tænkning sig i høj grad fra den i psykiatrien dominerende reduktionistiske naturalisme, idet Dewey mener at værdibegreber ikke bør frasorteres vor opfattelse af virkeligheden til fordel for et reduktionistisk virkelighedssyn. Værdier, behov og formål er således reelle fænomener på samme niveau, som den reduktionistiske naturvidenskabs begreber om neuroner og molekyler (Brinkmann, 2006, 13). I forhold til kløften i psykiatrien, er styrken i Deweys filosofi således at han ikke mener, man er nødsaget til så at sige at ”vælge side”; virkeligheden kan ikke opdeles i ’erfaringsverden’ og en ’objektiv gyldig verden’ – dette er blot klassiske eksempler på den dualistiske tænkning, der længe har præget filosofien såvel som andre videnskaber.

Ifølge Brinkmann, kan Deweys filosofi betragtes som en form for ’tredje oplysning’, hvor en verden uden universelle sandheder alligevel muliggør sandhed omkring menneskelig handlen og fornuft i praksis (Brinkmann, 2006, 20). I forhold til den hegelsk dialektiske forståelse af at de respektive psykiatriske paradigmer, der er blevet undersøgt i nærværende speciale, kan arbejde sammen om at begribe fænomener som skizofreni, er en videre tilgang gennem Deweys tænkning altså at når modsætninger som disse således optræder, som de gør i psykiatrien, må man tage udgangspunkt i noget helt tredje, som vil være noget fælles for paradigmerne, og som derved kan tænkes at være et muligt udgangspunkt for løsning af konflikter i psykiatrien, hvorfor en eventuel nytænkning af systemer med fordel kan inkorporere Deweys filosofiske tænkemåde.

1. Introduktion følger i specialets teori-del [↑](#footnote-ref-1)
2. Denne ændring trådte i kraft i 1980, i overgangen fra DSM-II til DSM-IV: ” Ved den samme revision (…) sker der imidlertid et fremskridt, set ud fra et psykodynamisk synspunkt. Erkendelsen af mangfoldigheden af teorier og forklarings-modeller fører til introduktionen af en multidimensionel diagnosticering, det såkaldte multiaxiale system. Patientens fysiske symptomer, helbredstilstand, sociale situation, stressfaktorer i vedkommendes liv og ressourcer indgår nu i diagnosen. Det synspunkt, at alle psykiatriske lidelser har en multikausal ætiologi kommer for alvor ind i systemet, og det er et stort fremskridt” (Mirdal, 2000) [↑](#footnote-ref-2)
3. Laing skrev bogen *The Divided Self – An Existential Study in Sanity and Madness* i 1960, hvori han bearbejdede lidelsen ’skizofreni’ eksistentielt-fænomenologisk. [↑](#footnote-ref-3)
4. Conrad skrev bogen *Den Begyndende Skizofreni – Forsøg på Gestaltanalyse af Psykosen i* 1958, hvori han bearbejdede lidelsen skizofreni fænomenologisk. [↑](#footnote-ref-4)
5. ’Philosophy of mind’ adresseres yderligere i de følgende beskrivelser af de respektive paradigmer [↑](#footnote-ref-5)
6. Andre væsentlige bidrager til fænomenologiens selvstændiggørelse som filosofisk retning udgør blandt andet Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre et al. [↑](#footnote-ref-6)
7. Disse forhold kan blandt andet være: legemliggørelse, kropsfunktioner, kulturelle kontekster, sprog og andre sociale praksisser, social baggrund og kontekstuelle aspekter ved intentionelle aktiviteter - SEP [↑](#footnote-ref-7)
8. Det er imidlertid, ifølge Lübcke, uklart hvorvidt fejlen bunder i at ’god’ er en egenskab, eller om ’god’ er en speciel form for typer, som er væsentligt forskellig fra egenskaber, mennesket erfarer via sanser – (Lübcke, 2010, 502) [↑](#footnote-ref-8)
9. ICD-10 blev vedtaget ved det 43. World Health Assembly i maj 1990, og blev taget i brug i WHO medlemslande fra 1994. Den 11. revurdering af klassifikationen (ICD-11) er påbegyndt, og fortsætter indtil 2015. Omkring 70 % (ca 3,5 billioner amerikanske dollars) af verdens omkostninger til sundhedsrelaterede sager bliver tildelt ved anvendelse af ICD. – (WHO, 1990) [↑](#footnote-ref-9)
10. TR står for ’*text revision’*. Det er denne udgave (DSM-IV-TR), der vil blive henvist til i nærværende tekst, idet denne foreligger som den nyligst opdaterede udgave. DSM5 udkommer i maj, 2013, og har derfor ikke været muligt at inkorporere i nærværende specialearbejde, da dette påbegyndtes i februar med afslutning ultimo maj. [↑](#footnote-ref-10)
11. Begrebet ’negative symptomer’ uddybes i det følgende. [↑](#footnote-ref-11)
12. Bleuler var hovedsageligt kendt for at introducere betegnelserne ’skizofreni’, ’autisme’ og ’ambivalens’. Han skabte og introducerede betegnelsen ’skizofreni’ som erstatning for Kraepelins betegnelse ’dementia præcox’ (ungdomssløvsind) med stor succes.Hans modargument mod Kraepelin var at skizofreni ikke var et produkt af organisk nedbrydelse, og derfor ikke nødvendigvis uhelbredeligt; dementia præcox var altså ikke én enkelt lidelse, og udviklede sig derfor ikke altid til fuld demens. I stedet anså Bleuler de centrale karakteristiske træk ved skizofreni som værende produktet af en splittelsesproces, mellem personlighedens emotionelle - og intellektuelle funktioner. Således argumenterede Bleuler for at skizofrene individer i nogle tilfælde kunne lide af tankeafsporinger i forhold til særlige områder, fremfor generelt i alle henseender (Fusar-Poli et al., 2008). [↑](#footnote-ref-12)
13. Emil Kraepelin lagde vægt på klinisk beskrivelse og klassifikation, og er særligt kendt for sin klassificering af mentale diagnoser, hvor han skelnede mellem manio-depressiv, psykose (nu kaldet bipolar affektiv sindslidelse), og demens præcox, som senere blev kendt som skizofreni. Han inddelte psykiske lidelser mellem eksogene (udefrakommende) lidelser, hvilke han mente var forårsaget af eksterne forhold og var derfor mulige at behandle, og endogene’(opstået inde i organismen) lidelser, som havde biologiske årsager som organiske skader på hjernen, metaboliske dysfunktioner eller arvelige faktorer, hvorfor han betragtede endogene lidelser som uhelbredelige. Kraepelin betragtede dementia præcox som en endogen - og derfor uhelbredelig lidelse. Han mente at dementia præcox var forårsaget af organiske forandringer i hjernen. Han var den første til at systematisere begreberne i et overskueligt klassificeringssystem med henblik på diagnosticering – (Ebert et al., 2010) [↑](#footnote-ref-13)
14. Jaspers uddybes i følgende afsnit [↑](#footnote-ref-14)
15. For eksempel anvendes Schneiders *first-rank symptoms* yderligere i:

*Research Diagnostic Criteria* (RCD); en samling af psykiatrisk diagnostiske kriterier, som blev udgivet i slutningen af 1970’erne – DSM-III var baseret på mange af RCD’s beskrivelser

*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS)

WHO’s undersøgelse fra 1968 af 1202 skizofreni patienter: *International Pilot Study of Schizophrenia* [↑](#footnote-ref-15)
16. Tankeekko, tankeindførelse, tilbagetrækning af tanker og udspredelse af tanker, vrangforestillinger om kontrol, påvirkning eller passivitet, som tydeligt henviser til legemlige bevægelser; specifikke tanker, handlinger eller tanker; eller forvrænget sansning, hallucinatoriske stemmer, med løbende kommentarer til patientens opførsel eller som diskuterer patienten i tredje person; eller andre former for hallucinatoriske stemmer, som kommer et sted fra kroppen. [↑](#footnote-ref-16)
17. Vrangforestillinger, hallucinationer, uorganiseret tænkning eller katatonisk adfærd samt negative symptomer (APA, 2000, 312) [↑](#footnote-ref-17)
18. Som man eksempelvis ser i ICD-10 og DSM-IV-TR. [↑](#footnote-ref-18)
19. Freud beskrev spaltningen af det menneskelige subjekt i en bevidst – og ubevidst del, og gjorde således op med forestillingen om bevidsthedens monopol på adfærdskontrol - SEP [↑](#footnote-ref-19)
20. Dog var Freud betydeligt biologisk tænkende omkring sine beskrivelser af drifts- og udviklingsteorier, som forklarende mekanismer (Freud, 1900) [↑](#footnote-ref-20)
21. Dilthey søgte efter viden om mennesket, samfundet og staten, hvilket han senere titulerede \*Geisteswissenschaft’ – altså ’humanvidenskaber’. Anden udgave af værket *Einleitung in die* *Geisteswissenschafte* behandlede en kognitiv, således *forstående*, og strukturel tilgang til deskriptiv og analytisk psykologi. Dilthey var kritiker af en naturvidenskabelig (’Naturwissenschaft’) fuldstændig sandhed om mennesket, idet han mente at menneskets essens ikke kan begribes introspektivt, men der imod kun gennem viden om al historie. Således kan der aldrig, ifølge Dilthey, være en komplet sandhed om mennesket, idet historien aldrig er komplet, men der imod evigt udviklende. At han herved italesatte at der er aspekter af mennesket, der undlader sig indsigt, tydeliggør hans tilhørsforhold til nykantianismen.

Windelband anvendte begreberne ’idiografisk’ og ’nomotetisk’ til at referere til forskellige former for evidens-baseret viden; ’idiografisk’ viden søger at beskrive og forklare bestemte fænomener, mens ’nomotetisk’ viden søger at finde generelle træk, som er typiske for disse bestemte fænomener, og således udlede teorier om disse generelle træk – (Feest, 2010 samt Robinson, 2011) [↑](#footnote-ref-21)
22. Hvilken funktion afhænger af hvilken sygdom, der er tale om [↑](#footnote-ref-22)
23. Et eksempel er ’homoseksualitet’, som Boorse anvender netop som eksempel på problemet i en relativistisk opfattelse af lidelser – (Boorse, 1976, 61) [↑](#footnote-ref-23)
24. Disse to punkter er punkt A i originalteksten [↑](#footnote-ref-24)
25. Se begrebsafklaring, positive og negative symptomer på skizofreni, pp. 19-20 [↑](#footnote-ref-25)
26. Se teori-afsnit, under Kurt Schneider, p. 21 [↑](#footnote-ref-26)
27. Der henvises her til den særligt fænomenologisk prægede bevægelse i psykiatrien, som i særdeleshed manifesterede sig i 1960-1970, med fremtrædne figurer som for eksempel psykiateren Laing og Szasz. [↑](#footnote-ref-27)
28. Spørgsmålet om hvorvidt hjernen kan siges at besidde evner adresseres yderligere i følgende afsnit om ’reducering’. [↑](#footnote-ref-28)
29. Lund Madsen lader blot postulatet stå i et åbent rum, uden refleksion over hvorledes han når frem til denne konklusion: ”Sindet har ikke nogen kerne, og der er ikke noget oprindeligt sandt” – (Madsen, 2012, 135) [↑](#footnote-ref-29)
30. Kritikken i artiklen går specifikt på Lund Madsens bog, men rammer i sin essens både Lund Madsen og Churchland [↑](#footnote-ref-30)
31. Brinkmann eksemplificerer Lund-Madsens, ifølge ham, uberettigede reduktion af bevidstheden yderligere: ”*Det er ikke bilens motor, der kører til Fredericia, men hele bilen (selv om den ikke kunne gøre det uden sin motor). Og bilens evne til at køre kan ikke lokaliseres et bestemt sted”* samt *“Det er heller ikke tennisketsjeren, der spiller tennis*” – (Brinkmann, 2012) [↑](#footnote-ref-31)
32. David Hume introducerede den erkendelsesmæssige umulighed, som han postulerede var identificerbar i kausalrelationer; årsagsforhold er udelukkende begivenheder med tidslig koherens. Disse begivenheder er ikke årsag og virkning, eftersom et sådant forhold ikke kan erfares. [↑](#footnote-ref-32)
33. ”The most profound distinction in psychic life seems to bet hat between what is meaningful and allows empathy and what in its particular way is ununderstandable, ”mad” in the litteral sense, schizophrenic psychic life” – Jaspers citeret i Barret, 1996 [↑](#footnote-ref-33)
34. Denne hegelske tanke adresseres yderligere i specialets perspektiveringsafsnit [↑](#footnote-ref-34)
35. Nudansk ordbog, søgeord: diagnose [↑](#footnote-ref-35)
36. *(...) Bør vi ikke ængstes for, at fejlen netop består i selve vor ængstelighed for at begå fejl? (...) Ængstelsen forudsætter nærmere bestemt erkendelsens forestillinger som et værktøj og som et medium; ligeledes forudsætter den, at det absolutte befinder sig på den ene side, at erkendelsen befinder sig på den anden side, og at der altså er en forskel på os selv og denne erkendelse. Erkendelsen ses som for sig og adskilt fra det absolutte - men dog samtidig som noget reelt; eller det forudsættes, at erkendelsen står uden for sandheden, eftersom den står uden for det absolutte - men at den immervæk er sand. Og det er en antagelse, hvor det, som man omtaler som frygt for at begå fejl viser sig snarere at være frygt for at erkende sandheden* – (Hegel, 1807, 55-56) [↑](#footnote-ref-36)
37. Dette eksemplificeres gennem John Aggergaard Larsens arbejde med skizofrene patienter, hvoraf en diagnosticeret skizofren deltager forklarer om oplevelsen at blive diagnosticeret: ” *Det var ligesom at jeg fandt min identitet ‐ en forklaring på de følelser og tanker, jeg havde. Fra før at føle mig udenfor og ikke passe ind i forskellige sammenhænge så var det som om, at jeg var kommet på den rette hylde. At være skizofren. Det hjælper mig til at forstå mig selv bedre. Jeg har fået nogle ord og nogle redskaber til at håndtere sygdommen med. For eksempel ’tankemylder’. Det er en oplevelse, jeg har fået sat ord på*” – (Larsen, 2006, 81) [↑](#footnote-ref-37)