

# **En psykodynamisk og antropologisk forståelse af fænomenet psykose og skizofreni**

**Rapportens samlede antal tegn  
(med mellemrum & fodnoter): 186.505  
Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 78**

**Mikkel Böhme, Studienummer: 20165963**

**Vejleder: Kristine M. Jensen de López**

**10. Semester, Psykologi,  
Kandidatspeciale  
Aalborg Universitet  
Dato: 28. maj 2021**

# Abstract

This thesis is a theoretical study of what it means to become psychotic and to be psychotic. This thesis will examine what psychological conditions may lead to psychotic states. Today, the concept of psychosis is not considered an etiological concept, whereas a diagnosis such as schizophrenia is diagnosed based on the established etiological and prototypical diagnostic criteria that can be clinically observed and characteristic of schizophrenia.

The purpose of this thesis is to investigate which psychological components can lead to psychotic disorders and schizophrenia and identify the risk factors associated with psychotic illness.

The study is based on how the phenomenon of psychosis and schizophrenia can be understood from a psychodynamic and anthropological psychological perspective. The thesis is divided into four main sections. The first section describes the historical development of the concept of psychosis up until today.

The second part describes the criteria that must be met concerning the diagnosis of schizophrenia based on the WHO ICD-10 classification system; here the contextual and biopsychosocial components will also be discussed.

Four developmental psychodynamic theories are presented in the third part of this thesis to provide an understanding of what can lead to psychotic disorders and schizophrenia. The selected psychodynamic theories entail Freud's libido theory; Erikson's ego psychological theories; Klein's and Winnicott's object relation theories; and Stern's self-psychological working hypotheses.

The fourth section entails the anthropological theory of the hierarchical levels of the connectedness of the psyche, which relate to the human consciousness, the self and free will.

Derived from the psychodynamic theory, the study found that anxiety disorders, lack of basic confidence, true and false self-organisation coping strategies, and an authentic sense of the core self are some of the psychological aspects that can lead to psychotic disorders and schizophrenia.

The anthropological perspective of the human psyche and psychotic disorders found that the human psyche is action-intentionally connected to the world in the form of thoughts, feelings, and a sense of what we should do in different situations; and not behaviourally driven like in other primates, whereas the intentional connectedness to the world can be presumed to increase the risk of developing psychotic disorders and schizophrenia.

The findings from this study are obtained from a limited, theoretical, psychological perspective. An understanding of what can lead to psychotic disorders and schizophrenia is therefore still a complex question that requires greater interdisciplinary collaboration to be answered.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	1
1.1 Problemformulering .....	3
1.2 Begrundelse for emnevalg.....	3
1.3 Uddybning af problemformuleringen .....	4
<b>2. Metode del</b> .....	6
2.1 Metode og disposition over specialet.....	6
2.2 Overblik over opgavens struktur .....	7
2.3 Beskrivelser af udvalgt litteratur .....	7
<b>1. HISTORISK DEL</b> .....	9
<b>3. Den historiske udvikling af fænomenet psykose</b> .....	9
3.1 Kraepelins ideer om psykotiske fænomener .....	9
3.2 Eugen Bleuler .....	11
3.3 Karl Jaspers og Kurt Schneider .....	14
<b>2. DIAGNOSTISK-KLINISK DEL</b> .....	17
<b>4. ICD-10 klassifikationssystemer</b> .....	17
4.1 Diagnosticering af skizofreni ud fra ICD-10 .....	17
4.2 Skizofrene første rangs symptomer (FRS).....	18
4.3 Negative symptomer .....	20
4.4 Diagnostiske subtyper af skizofreni .....	21
4.5 Definitionen af vrangforestillinger.....	23
4.6 Kontekstens betydning for diagnosticering.....	24
4.7 Bio-psyko-sociale model.....	26
4.8 Diatese-stressmodellen.....	27
4.9 Biologiske stressorer .....	27
4.9.1 Psykologiske stressorer .....	28
<b>3. PSYKODYNAMISK DEL</b> .....	31
<b>5. Psykodynamiske teorier</b> .....	31
5.1 Sigmund Freuds libidoteori.....	31
5.2 Erik H. Eriksons kriseteori .....	34
5.3 Melanie Kleins teori om den ”paranoidt-skizoide position” .....	40
5.4 Donald Winnicott .....	42
5.4 Daniel N. Stern.....	46
<b>4. ANTROPOLOGISK DEL</b> .....	53
<b>6. Antropologisk psykologi</b> .....	53
6.1 Psykens forbundetheds niveauer .....	53
6.2 Den frie vilje som nedadrettet organisering .....	55
6.3 Bevidsthed.....	56
6.4 Selvets fænomenologiske struktur .....	57
<b>7. Diskussion</b> .....	61
7.1 Diskussion af diagnosticering af psykose og skizofreni .....	62
7.2 Diskussion af de psykodynamiske teorier .....	66
7.4 Erik Erikson .....	68
7.5 Melanie Klein.....	69
7.6 Donald Winnicott .....	71
7.7 Daniel Stern.....	72
7.8 Opsamling af de psykodynamiske og antropologiske teorier .....	74
<b>8. Konklusion</b> .....	77

<b>9. Perspektivering</b> .....	78
<b>10. Litteraturliste</b> .....	80

---

## 1. Indledning

Når man i dagligdagen går og filosoferer over, hvad folk, som har gennemlevet en kaotisk situation, giver udtryk for, beskriver de ofte deres psykiske tilstand som: ”*jeg var tæt på at blive psykotisk*” eller ”*jeg var ved at blive sindssyg*”.

Men hvad vil det egentlig sige at blive psykotisk eller sindssyg? Og hvorfor opstår der overhovedet kaotiske situationer, som kan bringe et menneske i en sådan sindstilstand?

Hvis man ud fra et eksistensfilosofisk perspektiv skulle søge efter en forklaring på, hvorfor denne kaotiske situation i det hele taget opstår, vil man kunne henvise til både Heidegger og Kierkegaards filosofiske tanker om det værende.

Heidegger antog, at vi som mennesker altid er kastet ud i en situation, som vi aldrig fuldstændig selv kan blive herre over (Heidegger, 2007, p. 317). I følge fortolkninger af Kierkegaard vil mennesket altid være i en situation, hvor det befinder sig i et forhold, hvor det må forholde sig til sig selv (Nordentoft, 1972, p. 249). Der er tale om et forhold, som også indebærer den fortvivlelse, at man altid må forholde sig til, hvem man er, og dermed også til spørgsmålet om, hvorvidt man er ved at blive sindssyg eller psykotisk.

Men skulle der alligevel søges efter en filosofisk forståelse for, hvorfor man bliver psykotisk eller sindssyg, kunne den tyske filosof Immanuel Kants erkendelsesteori og antropologiske pragmatisk beskrivelse af ”Hvad er mennesket?” måske bidrage til en psykologisk forståelse af selve sindstilstanden, idet Kant antager, at vore indre sanser ikke er rene apperceptioner, altså en bevidsthed om hvad mennesket gør, da det hører under tankeevnen og er påvirket af sit eget tankespil (Kant, 2015, p.73).

Kant mente, at de indre sanser også er genstand for vores illusioner i form af enten en entusiasme eller spiritualisme, som er med til at bedrage os, og som i begge tilfælde må dreje sig om en mental sygdom. Kant antager ligeledes, at der i den forbindelse er tale om en hang til at fastholde sig selv i en kunstigt frembragt sindstilstand, fordi man betragter det som bedre end de vulgære sanseideer (Kant, 2015, p. 74).

Men hvis man derimod søger efter en psykologisk forståelse for, hvad vil det sige at blive psykotisk eller sindssyg, hvad vil man da kunne svare?

Et svar på denne problemstilling vil ud fra professor og overlæge i psykiatri Ole Mors' antagelse være, at en psykose ikke er et ætiologisk begreb, men er et kendetegn for den psykiske tilstand, hvor det kvalitative præg af psykosen er

---

forbundet med den psykiske lidelse. (Mors, 2016, p. 34). Mors henviser således til, at når man i dag taler om fænomenet psykose, er det i mindre grad begrebet psykose, der henvises til, men derimod begrebet psykotiske symptomer ud fra diagnosticering og klassificering. Mors henviser til, at der i forbindelse med diagnosticering af personer, som lider af en psykotisk sygdom som eksempelvis skizofreni, er fastlagt ætiologiske og prototypiske diagnostiske kriterier for, hvad der i almindelighed klinisk kan observeres og er kendetegnet ved psykotiske symptomer, og at disse symptomer grundlæggende omfatter et bredt spektrum af fundamentale og karakteristiske forstyrrelser af tænkning og perception (Mors, 2016, p. 34). Men hvad er da en psykose psykologisk set, og hvordan kan det at blive psykotisk forstås ud fra et psykologisk perspektiv? For hvis det karakteristiske ved en psykose er en forstyrrelse af tænkning og perception, og hvis det at være psykotisk ikke er et specifikt ætiologisk begreb, er spørgsmålet om tidligere speciallæge i psykiatri Lars Thorgaards dynamiske psykoseforståelse ikke kan bidrage til et mere holistisk psykologisk perspektiv på, hvad det vil sige at blive psykotisk eller være psykotisk. Thorgaard antager eksempelvis, at en psykotisk tilstand kan fortolkes som en psykisk forstyrrelse, der optræder når mennesket ikke formår at mestre en vanskelig situation (Thorgaard, 2009, p. 35).

Formålet med dette speciale er at få en bredere forståelse for de psykologiske aspekter, som kan føre til psykotiske og skizofrene lidelser, for derved at opnå en større indsigt i, hvordan disse lidelser kan opstå og forebygges.

I mange år er psykotiske lidelser såsom skizofreni primært blevet fortolket ud fra et ætiologisk prototypisk diagnostisk klassifikationssystem, som overvejende har været fokuseret på at definere og afgrænse psykosebegrebet til kausale psykopatologiske symptomer. I dette speciale er formålet at få en bredere forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra et psykodynamisk og antropologisk perspektiv. Den psykodynamiske tilgang tager udgangspunkt i en udviklingspsykologisk og dynamisk forståelse for det, som kan føre til psykotiske og skizofrene tilstande, medens det antropologiske perspektiv er med henblik på en forståelse for, hvordan psykose og skizofreni kan fortolkes ud fra teoretiske dynamiske psykologiske modeller af psykens konstruktion, som omfatter vores bevidsthed, selvet og den frie vilje.

---

Mit udgangspunkt til en psykologiske forståelse af psykotiske lidelser og skizofreni tager således afsæt i følgende:

### **1.1 Problemformulering**

*”Hvordan kan fænomenet psykose og skizofreni forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv?”*

### **1.2 Begrundelse for emnevalg**

Når jeg har valgt en psykologisk tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni, er det dels på grund af min interesse for psykiske fænomener såsom bevidsthed og den frie vilje, og dels ud fra egne erfaringer med skizofrene, psykotiske patienter i forbindelse med mit erhverv som specialpsykiatrisk sygeplejerske. I dette arbejde bliver der netop taget stilling til, i hvor høj grad bevidsthed og fri vilje bliver styret af psykotiske forestillinger. Forståelsen af de psykotiske symptomer tager i den forbindelse ofte afsæt i, hvor godt patienten responderer på den farmakologiske, antipsykotiske behandling, som en psykiater har iværksat for at regulere eller eliminere patientens psykotiske symptomer.

Det, som jeg især har undret mig over i psykiatrisk regi, er, hvorfor psykotiske tilstande såsom skizofreni grundlæggende bliver behandlet som et psykopatologisk symptom ud fra en naturvidenskabelig tilgang.

Selvom psykiatrien er blevet grundlagt ud fra en naturvidenskabelig disciplin, er det ifølge Johan Cullberg, som er svensk professor i psykiatri og psykoanalytiker, vigtigt at fastholde en forståelse for, at det psykiatriske felt grundlæggende er bestemt ud fra, hvordan det psykologiske og kulturelle miljø influerer på vores psykiske tilstand. Derfor mener Cullberg også, at psykiatrien både må benytte sig af teorier fra humanvidenskaberne og naturvidenskaberne, selvom disse to videnskaber i deres væsen er absolut meget forskellige. Han påpeger samtidig, at psykiatrien som kundskabsområde altid vil være ”disharmonisk” tilsvarende det menneske, den forsøger at forstå (Cullberg, 1994, p.29).

Udredning og behandling af psykiske lidelser, såsom psykose og skizofreni, bliver i Danmark diagnosticeret ud fra ICD-10's klassifikationssystem. I den forbindelse er det psykiaterens kliniske observationer af, hvorledes de psykotiske symptomer manifesterer sig, som danner grundlaget for diagnosen.



---

En psykologisk forståelse for, hvad det vil sige at blive psykotisk og at være psykotisk forud for den præpsykotiske fase, er ofte sparsomt dokumenteret i forbindelse med behandling af patienter med psykotiske lidelser.

Min hensigt med dette speciale er at få en større forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra et psykodynamisk og antropologisk perspektiv, eftersom specielt fænomenologisk psykologiske undersøgelser af psykotiske lidelser har kunne dokumentere, at en forebyggelse af psykotiske lidelser og skizofreni kræver en større psykologisk indsigt i det livsforløb, som er gennemlevet, før den psykotiske tilstand opstår (Møller, 2016, p. 65).

Jeg vil i de følgende afsnit redegøre for den tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni, medens en redegørelse for metode og overblik over opgavens struktur samt udvalgt litteratur vil danne rammen for de næste afsnit.

### **1.3 Uddybning af problemformuleringen**

I min problemformulering skal definitionen af begrebet skizofreni både forstås ud fra de kriterier, der ifølge ICD-10 (International Classification of Diseases) skal være tilstede i form af blandt andet psykotiske symptomer såsom hallucinationer, vrangforestillinger, subjektive tankeforstyrrelser og styringsoplevelser i forbindelse med klassificering og diagnosticering af skizofreni (Mors, 2016, p. 34). Men det skal også forstås ud fra et mere bredt perspektiv, hvor der er tale om de psykotiske symptomer, som er kendetegnende for skizofreni, men ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med begrebet skizofreni.

Fænomenet psykose skal forstås ud fra et psykologisk fænomenologisk perspektiv, som tager afsæt i form og indhold af de psykotiske symptomer. Psykose skal forstås ud fra et psykologisk perspektiv, hvor meningen med psykose overfor den konstitutive skjulte mening er det centrale. Der lægges således vægt på at beskrive psykose med afsæt i at blive psykotisk og at være psykotisk.

Det psykologiske psykodynamiske perspektiv til en forståelse af psykose tager udgangspunkt i Karen Vibeke Mortensens forståelse og beskrivelse af psykodynamiske teorier. Hendes udgangspunkt er, at en psykodynamisk psykologisk tilgang er anvendelig til at skabe en større forståelse for de eksistentielle psykiske kræfter, som er medvirkende til at determinere menneskers liv og handlinger (Mortensen 2011, p. 26).

---

Dette psykodynamiske perspektiv vil også blive defineret ud fra Thorgaards antagelser om, at psykotiske tilstande kan forstås som eksistentielle forstyrrelser, når mestringsstrategier af eksempelvis traumatiske situationer ikke længere er en mulighed (Thorgaard, 2009, p. 35).

Det antropologiske psykologiske perspektiv er det perspektiv, hvor fænomenet psykose skal fortolkes ud fra antropologiske teoretiske modeller, hvor grundforestillingerne i disse modeller tager afsæt i, at bevidsthed, den frie vilje og selvet kan forstås ud fra et hierarkisk system, som kendetegner psyken ved det særligt menneskelige psykologisk set (Bertelsen, 2003, p. 205).

Min litterære interesse for fænomenet psykose tager blandt andet afsæt i Richard Bentalls bog "Madness Explained". Bentalls hensigt med bogen "Madness Explained" var at få en mere nuanceret tilgang til en forståelse af psykotiske lidelser. Bentall hævder, at forskning af psykoser siden slutningen af det 19. århundrede har været alt for domineret af det klassificeringssystem, som blev foreslået af psykiater Emil Kraepelin.

Når Bentall henviser til Emil Kraepelin, skyldes det at Kraepelin, som var tysk professor i psykiatri, i dag bliver betragtet som grundlæggeren af psykiatrien som en lægevidenskabelig disciplin. Kraepelin lagde især stor vægt på kliniske beskrivelser og klassifikationer, og er blandt andet kendt for sine klassificeringer inden for skizofreni og maniodepressive sindstilstande. Han introducerede i den forbindelse en række diagnostiske begreber, som stadig er meget udbredte i dag (Bentall, 2006, p. 221).

Det, Bentall anfægter, er, at hvis vi ser bort fra psykiatriske diagnoser, og i stedet forsøger at forstå de psykotiske beskrivelser, som patienten giver udtryk for, fremfor at fokusere på de aktuelle diagnostiske klassifikationssystemer, ville "skizofreni" ikke kunne verificeres videnskabeligt (Bentall, 2006, p. 224).

Når jeg har valgt det antropologiske psykologiske perspektiv til en forståelse af fænomenet psykose, som tager afsæt i Preben Bertelsens Antropologisk psykologi, skyldes det, at Bertelsen, som er professor i samfunds- og personlighedspsykologi på Aarhus Universitet, gennem en årrække har udarbejdet flere antropologiske psykologiske modeller for, hvad der særligt kendetegner mennesket psykologisk set. Bertelsens udgangspunkt er, at antropologisk psykologi på mange måder kan analogiseres med almenpsykologien, som også beskæftiger sig med, hvad psyken er,

---

altså det særligt menneskelige ved vores måde at opleve verden på (Bertelsen, 2003, p. 45). Det antropologiske perspektiv, er således med henblik på en forståelse for, hvorfor den særlige menneskelige psyke kan blive psykotisk.

## 2. Metode del

### 2.1 Metode og disposition over specialet

I dette speciale har jeg valgt et teoretisk psykologisk studie for at undersøge, hvordan fænomenet psykose kan forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv.

Min begrundelse for dette valg er, at psykologien kan forventes at være en videnskabelig disciplin, hvor der især kan stilles spørgsmål ved, hvad psykose er, og hvad det vil sige, at fænomenet psykose er psykisk.

Når jeg bevidst har fravalgt at udføre et empirisk studie med for eksempel udgangspunkt i interviews eller casestudier, er det, fordi jeg i denne opgave er mere interesseret i at undersøge den kompleksitet, der ligger i en forståelse af fænomenet psykose ud fra et litteraturstudie. Jeg antager endvidere, at en kvalitativ tilgang med eksempelvis interviews af personer med psykotiske symptomer etisk ville kunne anfægtes af, hvor reelt grundlaget for et oprigtigt samtykke ville være, hvis de personer som deltog samtidig blev vurderet til at være psykotiske.

Som resultat af denne prioritering fås ikke direkte adgang til personers subjektive beskrivelser af psykotiske oplevelser, hvilket også kunne være et interessant udgangspunkt. For at kompensere for den direkte tilgang til en forståelse af psykose via interviews eller casestudier, vil jeg gøre brug af egne empiriske erfaringer med psykotiske patienter i forbindelse med mit arbejde som specialsygeplejerske i psykiatrien.

Når der primært søges inden for videnskabelig psykologisk forskningslitteratur, som omhandler fænomenet psykose, altså der, hvor psykose bliver afgrænset til en form for selvstændig eksistens i sindet, bliver dette fænomen ofte sat i forbindelse med begrebet skizofreni. Det kan formentlig skyldes, at det, som er kendetegnende for ætiologien bag skizofreni, ifølge ICD-10 netop er akutte eller forbigående psykoser med undtagelse af simpel skizofreni, hvor psykotiske symptomer ikke må været til stede (ICD-10, 2018 p.71.).

---

Da psykose som fænomen ofte er forbundet med skizofreni, vil begrebet skizofreni også indgå i min teorifremstilling og vil ligeledes blive anvendt som et eksemplificeret begreb for fænomenet psykose.

## **2.2 Overblik over opgavens struktur**

Denne opgave er opdelt i fire afsnit samt diskussion, perspektivering og konklusion. Det første afsnit tager afsæt i en historisk redegørelse for, hvordan forståelsen af fænomenet psykose og skizofreni har udviklet sig fra at være et religiøst fænomen til et ætiologisk psykopatologisk diagnostisk begreb.

Som opfølgning på redegørelsen i første afsnit tager det andet afsnit udgangspunkt i en mere naturvidenskabelig og klinisk psykologisk tilgang til en forståelse af fænomenet psykose. I det tredje afsnit redegøres der for en forståelse af psykose ud fra et psykodynamisk og udviklingspsykologisk perspektiv. Fjerde afsnit omhandler en antropologisk psykologisk redegørelse for Bertelsens antropologiske udvalgte modeller om det, som kendetegner det særligt menneskelige, psykologisk set.

## **2.3 Beskrivelser af udvalgt litteratur**

Det første afsnit omhandler en beskrivelse af den diskurs og udvikling, der de sidste 150 år har ført til en klassificering af fænomenet psykose som en psykopatologisk lidelse. I dette afsnit redegøres der for den betydning, som Kraepelins teorier om psykoser og skizofreni har haft for nutidens diagnosticering. Andre kendte historiske psykiatere såsom Bleuler, Jaspers og Schneider som ligeledes har haft en stor betydning for den moderne forståelse af ætiologien bag skizofreni og psykotiske lidelser, vil også indgå i dette afsnit. Det historiske perspektiv har således til formål at beskrive, hvordan skizofreni som begreb og psykose som fænomen historisk set har udviklet sig fra at blive opfattet som en religiøs straf til et begreb, der i dag bliver klassificeret som en patologisk lidelse (Cullberg, 2001, p.23).

I det andet afsnit redegøres der for en klinisk og biologisk forståelse af psykoser. Det kliniske perspektiv omfatter en redegørelse for diagnosticering for psykotiske lidelser ud fra WHO ICD-10 klassifikation og diagnosticering af psykotiske psykiske lidelser. Det biologiske perspektiv tager blandt andet udgangspunkt i en diatese-personlighed-stressmodel og de bio-psyko-soziale forhold, som kan forøge sårbarheden for udviklingen af psykopatologiske lidelser. Dette afsnit har til formål

---

at præcisere de diagnostiske kriterier, som skal være opfyldt, før man stiller en diagnose som skizofreni.

I tredje afsnit redegøres der for en psykoanalytisk og psykodynamisk tilgang til en forståelse af psykose. I dette afsnit vil Freuds psykoanalytiske forståelse af psykose kort blive beskrevet, blandt andet ud fra Freuds antagelser om, at psykose som fænomen på mange måder kan ligestilles med de grandiose forestillinger, som man gør sig i et kærlighedsforhold (Freud, 1994, p. 319). Selv om Freuds psykoanalytiske synsvinkler ofte er blevet kritiseret for ikke at være videnskabeligt dokumenterbare, antager jeg, at når det omhandler en analytisk fortolkning af fænomenet psykose, så er Freuds psykoanalytiske teorier fortsat anvendelige i en diskussion af, hvordan fænomenet psykose kan forstås ud fra et psykoanalytisk perspektiv.

I samme afsnit redegøres der for andre psykodynamiske psykologiske teorier, som jeg antager kan bidrage til forskellige perspektiver på en forståelse af fænomenet psykose. Disse teorier omhandler egopsykologiske, selvpsykologiske og objektrelationsteorier.

I den egopsykologiske tilgang vil der blive redegjort for Erik Eriksons teori om identitet og udvikling hos unge, idet Erikson blandt andet mener, at langvarig håbløshed og forvirring over ikke at kunne udfylde sin rolle i samfundet i ungdomsårene kan medføre psykotiske tilstande (Erikson, 1992, p. 125).

I redegørelsen for objektrelationsteorien har jeg valgt at anvende Melanie Klein og inddrage hendes antagelser og teorier om de fundamentale processer, som skal sikre, at barnet etablerer stabile indre objekter i løbet af de første leveår. Hvis disse ikke er optimale, vil barnet kunne udvikle alvorlige symptomer på enten depressive eller psykotiske tilstande (Mortensen, 200 p. 139). Ligeledes vil teorier om skizoide/psykotiske tilstande blive anvendt i dette afsnit, blandt andet med afsæt i Winnicotts bog "Leg og virkelighed", hvori han antager, at vi som mennesker i ekstreme situationer ofte hallucinerer (Winnicott, 2003, p. 110).

I forbindelse med en forståelse af psykose ud fra et selvpsykologisk perspektiv, har jeg valgt at tage udgangspunkt i Daniel Sterns teorier om psykotiske tilstande. Stern antager blandt andet, at psykotiske tilstande kan opstå, når det ikke er muligt at dele sine subjektive oplevelser med andre. Stern formoder, at hvis man forestiller sig en situation, hvor en person ikke kan opretholde eller opnå det, som han betegner som en interaffektiv udveksling med andre personer, vil der sandsynligvis opstå en form som det, der kan ligestilles med en psykotisk tilstand. (Stern, 2000, p. 254).

---

I det fjerde afsnit redegøres der for Bertelsens antropologiske psykologiske virksomhedsteoretiske dynamiske modeller af psykens hierarkiske forbundethedsniveauer, som omhandler selvet, bevidstheden og den frie vilje. Det antropologisk perspektiv er med henblik på en forståelse af, hvordan psykotiske lidelser kan influere og fortolkes ud fra disse tre fænomener. De psykodynamiske teorier er derimod orienteret imod en forståelse af, hvordan psykotiske tilstande kan opstå, samt hvad det vil sige at blive psykotisk og være psykotisk.

For at få et indblik i, hvordan fænomenet psykose og begrebet skizofreni har ændret sig over de sidste 150 år fra tidligere at blive fortolket som en religiøs straf på grund af syndige tanker frem til i dag, hvor fænomenet ”psykose” nu bliver betragtet som en psykopatologisk tilstand ud fra bestemte ætiologiske grundidéer, vil det følgende afsnit indeholde en beskrivelse af fire historiske psykiatere, som har haft en stor indflydelse på det diagnostiske psykiatriske klassifikationssystem, der anvendes i dag til en klinisk vurdering af psykiatriske diagnoser.

## **1. Historisk del**

### **3. Den historiske udvikling af fænomenet psykose**

Fremstillingen vil primært tage udgangspunkt i Richard Bentalls beskrivelse af Emil Kraepelins, Poul Eugen Bleulers, Karl Jaspers og Kurt Schneiders betydning for den nutidige psykiatriske klassificering og diagnosticering af psykiske sygdomme.

#### **3.1 Kraepelins ideer om psykotiske fænomener**

Emil Kraepelin blev født i 1856 i Tyskland, samme år som Sigmund Freud, og blev først uddannet læge og senere forfremmet til professor inden for det psykiatriske felt. Kraepelin antog, at der kun var et mindre antal af psykotiske-psykiatriske symptomer, men at nogle af disse symptomer kunne forekomme i mere end en lidelse.

Kraepelins videnskabelige tilgang var derfor meget fokuseret på at undersøge, hvordan afvigende psykotiske sindstilstande var forbundet med forskellige hjernepatologier og ætiologier.

På Kraepelins tid var den eneste tilgængelige klassificeringsmetode observationer af symptomer, da neuropatologi eller ætiologien bag en sindslidelse endnu var ukendt. Men netop fordi personer med den samme sygdom blev identificeret ud fra det

---

samme symptombillede, blev det også antaget, at disse personer havde den samme hjernesygdom, hvorved identifikationen af sygdommen førte til en direkte formodning af den samme ætiologi bag disse symptomer.

På denne baggrund blev Kraepelin en af de første psykiatere, som systematisk begyndte at søge efter kausale forklaringer på psykiske lidelser, og herefter identificere og klassificere disse lidelser ud fra deres symptombilleder (Bentall, 2003, pp.9-12).

Kraepelin observerede, at symptombilledet hos psykotiske patienter ofte ændrede sig med tiden, og at patienterne derfor skulle observeres gennem længere tid. Det fik Kraepelin til at indsamle tusindvis af casestudier, og det var blandt andet på baggrund af disse casestudier, han konkluderede, at forskellige grupper af psykotiske symptomer også havde nogle karakteristiske træk og forløb.

Kraepelin udgav løbende flere lærebøger om psykiske lidelser, og i hans ottende udgave fremgik det, at Kraepelin var begyndt at klassificere de forskellige psykiske sygdomme ud fra deres symptombilleder.

Nogle af de mest kendte af Kraepelins klassifikationer af psykotiske symptomer tog blandt andet afsæt i de psykiske lidelser, som andre forskere på daværende tidspunkt ofte havde dårlige behandlingsresultater med.

Kraepelin blev særlig kendt for den klassificering af tre psykotiske lidelser, som stadigvæk i dag bliver anvendt i forbindelse med diagnosticering af psykotiske symptomer.

Den ene var ”catatonia”, en lidelse der var præget af dumhed og unormale kropsstillinger (Bentall, 2003, p. 14). I forbindelse med diagnosticering af skizofreni ud fra ICD-10, er dette symptom kun ét ud af flere førsterangs symptomer, som indgår i diagnosticering af skizofreni i dag (ICD-10, p. 66). Vi bruger stadig betegnelsen kataton adfærd, men det henviser dog ikke længere til noget, der er forbundet med dumhed.

Kraepelin observerede og klassificerede også en anden psykotisk sindslidelse, som han dengang kaldte ”hebephrenia”. Denne sindslidelse var kendetegnet ved, at de første symptomer ofte kunne observeres allerede i ungdomsårene, hvor sygdommen førte til en hurtig forværring af de mentale funktioner. Klassificering af disse symptomer ville i dag kunne henvises til diagnosen Hebefren skizofreni, som netop er kendetegnet ved den hurtige udvikling af vrangforestillinger og negative symptomer.

---

Et af kriterierne i dag er ifølge ICD-10, at denne diagnose normalt kun bør diagnosticeres i adolescensen og i ung voksenalder. (ICD-10, p. 68).

Den tredje kendte diagnose, som Kraepelin beskriver i sit klassifikationssystem, omhandler diagnosen ”demensparanoier”, som var en psykisk lidelse, der førte til en heftig mental forværring, men som også var præget af bizar frygt for forfølgelse (Bentall, 2003, p. 14). Ud fra ICD-10 klassifikationssystemet ville disse symptomer antageligvis i dag kunne forbindes med symptomer på en begyndende paranoid skizofreni, som netop er domineret af forfølgelseskarakter (ICD-10, p.67).

På Kraepelins tid var det ikke ualmindeligt blandt psykiatere at antage, at psykologisk degeneration kunne være forbundet med en form for syndighed. Denne opfattelse blev grundlagt af den franske psykiater Augustin Morels som antog, at psykiske sygdomme kunne ligestilles med en form for syndighed. Han anså dette for at være en arvelig disposition, som kunne videregives, hvilket var med til at svække efterfølgende generationer. Bentall antyder i sin historiske beretning om Emil Kraepelin, at Morels antagelser formentlig også var medvirkende til, at Kraepelin besluttede, at katatoni, hebefreni og demensparanoier var en manifestation af én og samme sygdom, hvorfor Kraepelin valgte at sammenfatte disse sygdomme til det han kaldte demens proecox (Bentall, 2003, pp.14-15).

I dag er begrebet dementia praecox afskaffet og ændret til skizofreni, hvilket især skyldes den schweiziske overlæge og professor i psykiatri Eugen Bleuler.

### **3.2 Eugen Bleuler**

Eugen Bleuler blev født i 1857 i Schweiz og blev færdiguddannet læge i Zürich i 1881. Han blev senere professor i psykiatri.

I 1886 i en alder af 29 år blev Bleuler direktør for en psykiatrisk klinik på en lille ø i Rheinua. Klinikken blev på daværende tidspunkt anset for at være en af de mest tilbagestående psykiatriske institutioner i Schweiz. Men Bleuler fik hurtigt reformeret hospitalet og forbedret livskvaliteten for de indlagte patienter.

I denne periode gjorde Bleuler nogle interessante observationer, da en tyfusedepiemi brød ud. I den forbindelse blev Bleuler nødsaget til at rekruttere nogle af sine patienter til at være sygeplejersker for de andre patienter. Til sin store overraskelse klarede disse udvalgte patienter sig godt i deres nye rolle som sygeplejersker, hvorefter Bleuler kunne konstatere, at patienternes psykiske lidelse langt fra var den



---

eneste dominante karakteregenskab for patienternes livsudfoldelse (Bentall, 2003, pp.19-20).

Bentall antager i sin skildring af Bleuler, at de observationer som Bleuler erfarede på klinikken i Rheinua blandt andet var medvirkende til, at Bleuler også begyndte at ændre på sin tidligere anerkendelse af Kraepelins klassificering af diagnosen ”demens praecox”.

Bleuler mente, at udtrykket ”demens praecox” var vildledende, dels fordi den psykiske lidelse ikke altid resulterede i ekstreme former for mental forringelse, altså nedsat hukommelse, og dels fordi den psykiske lidelse også kunne udvikle sig senere i livet, altså ikke altid i adolescensen og ung voksenalder.

I stedet præsenterede han det nutidige begreb skizofreni, som er sammensat af to græske begreber, nemlig ”schizein” (splitte) og ”fren” (sind).

Dermed mente han ikke, at sygdommen skizofreni var forårsaget af en splittet personlighed. Han antog i stedet, at der i selve essensen af sygdommen var en adskillelse mellem de forskellige psykiske funktioner i personligheden, som omfattede en forstyrrelse af tænkning, hukommelse og opfattelse (Bentall, 2003, pp.22).

Bleuler mente ligesom Kraepelin, at skizofreni var et resultat af en form for biologisk lidelse. Men i modsætning til Kraepelin, som ikke var særlig interesseret i Freuds psykoanalytiske teorier, var Bleuler også interesseret i de psykologiske karakteregenskaber, han erfarede i forbindelse med sine tætte relationer til sine patienter.

Han var i den forbindelse overrasket over, i hvilket omfang patienter kunne variere fra den ene personlighed til en anden. For at forstå denne variation blev Bleuler inspireret af Freuds psykoanalytiske tilgang til analysen af psykiske lidelser. Han kombinerede derfor disse teorier med sine egne forestillinger om, hvordan mentale tilstande kan influere på normal tænkning og ræsonnementsdannelse.

Denne tilgang fik ham til at antage, at der i de forskellige symptomer af skizofreni kunne identificeres mindst fire subtile grundsymptomer, som han kaldte primære symptomer (Bentall, 2003, pp.23).

Disse grundsymptomer for diagnostikken af skizofreni er fortsat aktuelle, og de kaldes i dag for Bleulers fire A'er, som står for:

1. Associationsforstyrrelser som omhandler forstyrrelser i patientens evne til tænkning.

- 
2. Affektive forstyrrelser som blandt andet henviser til initiativløshed, social tilbagesøgning, sløvhed, manglende fremdrift og interesseløshed samt manglende lystoplevelse.
  3. Ambivalens i form af manglende evne til at træffe beslutninger
  4. Autistiske symptomer som udtryksform kan være indadvendthed og "manglende intersubjektivitet" altså en form for manglende empati (Cullberg, 2001, pp.144-145).

Bleuler var også af den opfattelse, at der kunne være tale om det, han kaldte sekundære symptomer, som omhandlede sindets bearbejdning af tilstedeværelsen af de primære symptomer. Han mente, at de sekundære symptomer var psykologisk forståelige og indfølelige og udtrykte de syge sinds bearbejdelser af konsekvenserne af grundsygdommen, hvilket kunne udløse psykotiske tilstande (Thorgaard, 2009, p. 57).

Ifølge Bentalls beskrivelse af Bleulers bidrag og redegørelse for en psykologisk forståelse af psykotiske tilstande, var hans intention ikke kun at dokumentere eksistensen af diagnosen *demens praecox*, eller det han selv senere omformulerede til begrebet skizofreni, men også at dokumentere, at der ikke er nogen præcis skillelinje mellem normalitet og sindssygdomme.

Det som grundlæggende adskilte Kraepelin og Bleulers tilgang til en forståelse af psykiske lidelser var, at Kraepelins interesse for det at være psykisk syg tog afsæt i en naturvidenskabelig forståelse af deres galskab, hvorimod Bleulers interesse i højere grad var baseret på en psykodynamisk forståelse for de menneskelige kampe, der blev vanskeliggjort af deres sygdom (Bentall, 2003, p. 25).

I Danmark har Bleuler haft stor indflydelse på både den psykiatriske og den klinisk-psykologiske forståelse af psykotiske lidelser. Forbindelsen mellem den psykoanalytiske terminologi og Bleulers antagelser blev især udbredt i Danmark efter psykolog og dr.phil. Lise Østergaards doktorafhandling fra 1962 som fik titlen *"En psykologisk analyse af de formelle schizofrene tankeforstyrrelser"* Her beskrev hun blandt andet, hvordan Bleulers teorier om associationsforstyrrelser også bliver forbundet med psykoanalytiske begreber som eksempelvis regression (Christensen & Krarup, 2011, p. 32).

Med regression henviste Østergaard i sin doktorafhandling til de følelsesmæssige, narcissistiske tilstande, hvor patienten ikke længere er i stand til at vise interesse for nære og dybe følelser overfor sine medmennesker (Østergaard, 1962, p. 32).

---

Ligeledes antog Østergaard i samme doktorafhandling, at den betydning Kraepelins arbejde har haft for skizofreniforskningen i dag ikke har bidraget til nogen egentlig meningsfuld psykologisk forståelse af de psykiske forandringer, som karakteriserer disse patienters psykiske tilstande (Østergaard, 1962, p. 26).

Østergaard begrunder denne antagelse med, at Kraepelin primært antog, at ætiologien bag skizofreni var af somatisk natur og selve den terminologi samt beskrivelsesmåde han anvendte, var præget af en stivhed, der mere karakteriserede germansk psykologi i det forrige århundrede (Østergaard, 1962, p. 25).

### **3.3 Karl Jaspers og Kurt Schneider**

En anden kendt tysk psykiater Kurt Schneider, som blev født i 1887, nogle årtier efter Kraepelin og Bleuler, blev især kendt for sine fænomenologiske og deskriptive metoder i forbindelse med diagnosticering af psykotiske patienter. Som Bleuler forkastede Schneider også Kraepelins diagnostiske praksis, og han fandt yderligere, at Bleuler og daværende psykiateres fokusering på diagnosticering af psykotiske symptomer var for teoretisk begrundet og ikke formålstjenstlig som diagnostisk karakteristikum (Christensen & Krarup, 2011, p. 33).

Schneider var specielt inspireret af Karl Jaspers (1883-1969), der også var tysk læge, og som blev særlig kendt for bogen *Allgemeine psychopathologie*.

Jaspers mente blandt andet, at psykotiske lidelser omfattede en uoverskuelig blanding af ætiologiske, symptomatologiske og teoretiske elementer, men at de fleste psykiske og psykotiske tilstande kunne være udløst af tre forskellige psykiske belastninger, hvilket kunne omfatte:

- En udløsende årsag, som stod i tidsmæssig tæt relation til den patologiske reaktion.
- En forståelig forbindelse mellem oplevelsens betydning og den patologiske reaktion.
- En forventning om, at symptomerne ophører, når det udløsende traume ikke længere var til stede. (Mellergård, 2008, p. 153).

Jaspers var af den opfattelse, at man i sygdomsbeskrivelsen af psykiske tilstande såsom akutte forvirringer, depressioner og forskellige paranoide tilstande skulle afstå fra teoretiske og ætiologiske betragtninger, men i stedet, ud fra et fænomenologisk perspektiv, observere patientens subjektive oplevelser.

---

Jaspers mente, at skizofreni var et omfattende psykopatologisk fænomen af indre opløsningstilstande, hvis udtryksform ikke kunne fortolkes, men i stedet måtte forklares videnskabeligt, da de ikke kunne relateres til bestemte traumer eller påvirkes af ydre forhold (Christensen & Krarup, 2011, pp.32-33).

På netop dette område var Schneider uenig med Jaspers antagelser om, at de psykotiske udtryksformer, som er forbundet med skizofreni, ikke kunne adskilles fra hinanden. Schneider mente derimod, at det i højere grad er de patologiske oplevelsers udtryksform frem for deres indhold, som er det særegne for skizoide, psykotiske symptomer. Han mente derfor, at hvis man undersøger formen, altså fænomenets udtryksform og ikke temaet eller indholdet, så er det muligt at adskille skizofrene, psykotiske tilstande fra andre beslægtede psykotiske lidelser (Bentall, 2003, p. 31).

Schneider havde observeret, at det som er kendetegnende for mange af de abnorme udtryksformer, som optræder ved skizoide psykoser, er det, han betegner som førsterangssymptomer.

Schneiders beskrivelser af førsterangssymptomer anvendes også i dag i forbindelse med klinisk diagnosticering af skizofreni ud fra ICD-10, og omhandler blandt andet:

- Tankepåvirkningsoplevelser i form af hørbare tanker, stemmer som skændes, stemmer som kommenterer ens handlinger.
- Styringsoplevelser som henviser til oplevelser af påførte viljeimpulser og påførte følelser.
- Legemlige påvirkningsoplevelser, der kan omfatte vrangagtige sansningsoplevelser.

(ICD-10, p. 66).

Schneider antager dog, at disse symptomer ikke alene kan betragtes som grundforstyrrelser, hos patienter med skizofreni, men at de også er betydningsfulde fænomener at observere i forbindelse med diagnosticering af andre psykiske lidelser. At de ikke kan stå alene begrunder han med, at der også kan forekomme det, han kalder andenrangssymptomer som kan omfatte hallucinationer, vrangforestillingsspekulationer, perpleksitet, depressivt og opstemt stemningsleje samt afladet affekt. (Christensen & Krarup, 2011, p. 34).

De andenrangssymptomer som Schneider inkluderede i sin diagnosticering af skizofreni, vil i dag kunne associeres til diagnosen skizo-afektive psykoser, hvor

---

både psykotiske, affektive og skizofrene symptomer er fremtrædende og tilstede samtidig og i samme grad (ICD-10, p. 78).

Perioden fra 1880 til 1930 var præget af stor uenighed om, at nå frem til en overordnet ideologisk forståelse af psykotiske lidelser, men samlet set var der enighed om tre områder, nemlig:

- At skabe et klassifikationssystem, der omfattede behandling og prognose.
- Et fokus på anvendelsen af de nye psykodynamiske behandlingsmetoder.
- En større indsigt i de biologiske forhold for psykiatriske lidelser. Dette var især fremherskende i slutningen af 1930'erne (Møllergård, 2008, p. 149).

I midten af det tyvende århundrede blev det åbenlyst for mange psykiatere, at hvis der skulle opnås konsensus om, hvilke psykiske lidelser og psykotiske symptomer, der skulle være tilstede for at sikre en pålidelig, videnskabelig og meningsfuld diagnosticering, var det nødvendigt med en bedre empirisk forskning (Bentall, 2003, p. 47).

Hvis der inden for de sidste 50 år skal findes et historisk tidspunkt, hvor denne konsensus begynde at blive en realitet, kan det ifølge Raben Rosenberg som er overlæge og professor i biologisk psykiatri og psykofarmakologi, være i forbindelse med den tredje udgave af det psykiatriske klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-3), der blev offentliggjort i 1980 i USA.

Denne udgave indeholdte 265 diagnostiske kategorier og var på 494 sider.

Den blev hurtigt internationalt udbredt og blev betragtet som en revolution eller transformation af psykiatrien (Rosenberg, 2008, p. 317).

I dag findes der to globale dominerende klassifikationssystemer som anvendes til diagnosticering af psykiske lidelser. Disse klassifikationssystemer omfatter den sidst nye publiceret amerikanske udgave af DSM-5 fra 2013, der anvendes i USA, og ICD-10 fra 1994 som primært anvendes i Europa (Mors & Nordentoft 2016, p. 21). WHO har i en årrække arbejdet på at reformere ICD-10, og ICD-11 vil i nær fremtid kunne forventes at erstatte ICD-10.

ICD-10 diagnostiske klassifikationssystem, som anvendes i Danmark, tager blandt andet udgangspunkt i Eugen Bleuler og Schneiders antagelser om, at fænomener som psykoser og skizofreni skal fortolkes ud fra et bredt perspektiv.

---

Ifølge Cullbergs er lighederne mellem de to diagnostiske systemer større end forskellene, idet Cullberg mener, at uafhængigt af hvilket diagnosesystem man anvender, vil forudsigelsen af processen af den psykiske lidelse altid være problematisk at skulle prognosticere (Cullberg, 2001, p. 148).

For at få en klinisk forståelse for hvilke kriterier der skal være opfyldt i forbindelse med diagnosticering af skizofreni, vil der i det følgende afsnit blive gjort rede for de diagnostiske kriterier i ICD-10, ligesom der vil være en beskrivelse nogle af de områder, hvor ICD-10 især adskiller sig fra DSM-5 klassifikationssystem, når det omhandler diagnosticering af psykiske lidelser.

## **2. Diagnostisk-klinisk del**

### **4. ICD-10 klassifikationssystemer**

Grundlæggende er de to klassifikationssystemer velafgrænsede typologiske modeller i tråd med klassifikationen af somatiske sygdomme, idet de begge tager udgangspunkt i en polytetisk diagnostik. Dette indebærer, at de begge tager afsæt i, at flere specificerede symptomer kan observeres ved en given sygdom. Den polytetiske diagnostik prioriterer således ikke symptomernes gensidige sværhedsgrad op mod hinanden. Selvom de skulle forekomme med forskellige sværhedsgrader, vurderes de til at være lige aktuelle (Mors & Nordentoft 2016, p. 21).

De største forskelle mellem de to diagnoseklassifikationssystemer er, at der i DSM-5 også kan forekomme beskrivelser af eksempelvis en prognose, som tager afsæt i en direkte teoretisk forståelse af de psykiske fænomener (Jensen & Petersen, 2015, p. 15). DSM-5 forholder sig også til, hvordan kulturelle, sociale og familiære normer eksplicit kan influere på symptombilledet af psykiske lidelser. DSM-5 er i højere grad orienteret imod, hvad samfundet anser som værende normale eller unormale psykiske fænomener, afhængigt af den kulturelle kontekst (Jensen & Petersen, 2015, p. 16). Diagnoserne i ICD-10 er derimod en samling af sammenhængende symptomer, hvilket betyder at ICD-10 i princippet ikke beskæftiger sig med de fundamentale årsager bag de psykiske lidelser (Jensen & Petersen, 2015, p. 14).

#### **4.1 Diagnosticering af skizofreni ud fra ICD-10**

ICD-10 klassifikationssystem er ifølge Cullberg ateoretisk og ikke særligt anvendeligt til en specifik forståelse af psykiske fænomener, da det alene er det

---

observerbare, som klassificerer diagnosen. Men Cullberg antager alligevel, at en fænomenologisk-operationel dynamisk tænkning stadigvæk er nødvendig, når det omhandler en forståelse af psykiske lidelser (Cullberg, 2001, p. 62).

Før man påbegynder en diagnosticering af skizofrene lidelser, bør der altid tages stilling til, om de psykiske forandringer, der kan observeres, er forårsaget af cerebrale eller somatiske lidelser. Der kan også være tale om tilstande, hvor personen eksempelvis er eller har været påvirket af psykoaktive stoffer (ICD-10, 2018 p. 65).

#### **4.2 Skizofrene første rangs symptomer (FRS)**

I dag anvendes Schneiders beskrivelser af psykotiske førsterangssymptomer (FRS) også i ICD-10. Dette indebærer, at de kliniske observerbare symptomer på FRS ofte bliver fortolket ud fra mange forskellige perspektiver. Disse symptomer betragtes i praksis som patognomoniske, hvilket betyder at deres tilstedeværelse er tilstrækkelige til at stille diagnosen skizofreni (Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 299).

I dag omfatter diagnosticeringen af skizofrene FRS ud fra ICD-10 grundlæggende fire overordnede karakteristika. Det drejer sig om tankepåvirkningsoplevelser, tredje-persons hørleseshallucinationer, styringsoplevelser og legemlige påvirkningsoplevelser.

Det er dog ikke alle symptomer, som skal være tilstede i forbindelse med diagnosticering af skizofreni, men ofte er et til to symptomer under hver af de fire overordnede karakteristika nok til at opfylde de diagnostiske kriterier for skizofreni. Ligeledes skal varigheden af symptomerne have fundet sted kontinuerligt i en bestemt tidsperiode afhængig af hvilke symptomer der observeres. Det som kendetegner disse FRS for skizofrenidiagnoser er følgende:

**Tankepåvirkningsoplevelser**, som også betegnes som influensfænomener inkluderer følgende symptomer:

- Tanke-fradragtanke (som kan opleves i form af tanker der stjæles)
- Tanke-påføring (at andre kan indsætte tanker i ens bevidsthed)
- Tanke-udspredning (tanker som diffunderer ud af hoved)
- Tanke-hørighed (tankelyde som kan høres inde i hoved)
- Vedvarende ”bizarre” vrangforestillinger (ICD-10, 2018 p. 66).

---

Bizarre forestillinger henviser en uacceptabel kulturel forklaring på, at disse oplevelser overhovedet kan finde sted (ICD-10, 2018 p. 66).

**Tredje-persons hørleshallucinationer** inkluderer følgende symptomer:

- Kommenterende stemmer (stemmer som kommenterer patientens tanker og adfærd)
- Diskuterende stemmer (stemmer som diskuterer patientens adfærd eller personlighed, ofte med en negativ og nedladende tilgang) (Nordentoft & Mors, 2016, p. 185).

**Styringsoplevelser** er derimod et ret sjældne fænomener. De betegnes som influensfænomener, og omhandler:

- Påførte handlinger
- Påførte viljesimpulser
- Påførte følelser

Der skal ved kliniske observationer af patienter med styringsoplevelser kunne observeres en klar overbevisning fra patienten side om, at andre eksempelvis har overtaget kontrollen over patientens bevægelser eller handlinger. Styringsoplevelser kan også omfatte styring af følelser og vilje, og må derfor ikke forveksles med en nedsat vilje til at kunne undlade at handle på auditive hallucinationer f.eks. i forbindelse med kommanderende stemmer (Nordentoft & Mors, 2016, p. 185).

**De legemlige påvirkningsoplevelser** kaldes også somatiske hallucinationer og kan observeres som:

#### Vrangagtige sanseoplevelser

De legemlige påvirkningsoplevelser kommer ofte til udtryk ved, at personen beskriver vrangagtige sanseoplevelser eksempelvis ved at være overbevidst om, at patientens krop er blevet besat af rumvæsner, hvilket har medført, at han er begyndt at miste sit hår på hovedet. Der kan ligeledes også være tale om primære vrangsansninger i form af selvhøfrende vrangforestillinger. Dette henviser til, at personen oplever at være genstand for særlig opmærksomhed i form af bagtalelse, mobning eller overvågning (Nordentoft & Mors, 2016, p. 186).



---

Udover de ovennævnte observerbare symptomer på FRS kan der også foreligge sproglige formelle tankeforstyrrelser, som var det Bleuler beskrev som associationsforstyrrelser og fortolkede som et af kernesymptomerne ved skizofreni. I dag observeres og klassificeres disse symptomer ud fra patientens manglende orden og målrettethed i tænkningen, hvilket primært kan iagttages i form af usammenhængende og ulogisk uforståelige sproglige formuleringer. Men den sproglige tankeforstyrrelse kan ifølge Nordentoft & Mors dog være vanskelig at diagnosticere, da det ofte er forbundet med klinikerens evne til at analysere patientens sprogmønster (Nordentoft & Mors, 2016, p. 186).

Et andet kendetegn ved skizofreni, er de negative symptomer.

**4.3 Negative symptomer** kan sammenfattes til en række forskellige symptomer, hvor nogle af disse udtryksformer klinisk kan observeres i form af:

- Nedsat initiativ og motivation
- Manglende fremdrift eller interesse
- Tom eller formålsløs adfærd
- Sprogfattigdom
- Social tilbagetrækning (ICD-10, 2018 p. 67).

Det kan være klinisk svært at vurdere, hvad der er negative symptomer, og hvad der præger denne funktionsnedsættelse. Selv om der er konstrueret forskellige skalaer til vurdering af graderne af negative symptomer, er det klinisk næsten umuligt at skelne mellem de forskellige fænomener af negative symptomer.

Ifølge Cullberg er ræsonnementet derfor, at personlighedens bearbejdning af den psykotiske tilstand er en proces, hvor interaktionen mellem patientens psykiske tilstand og omgivelserne også influerer på symptombilledet af de negative symptomer, hvilket derfor gør det vanskeligt at afgøre, hvad der er negative symptomer eller psykotiske symptomer (Cullberg, 2001, p. 206).

Med afsæt i de ovenfor beskrevne symptomer, som i dag er rammesættende for, hvad der klinisk formodes at kunne observeres af skizofrene førsterangssymptomer, er der i ICD-10 også formuleret subtyper til at skelne mellem forskellige skizofrenidiagnoser. Disse subtyper overlapper på mange områder også hinanden over tid, hvilket vurderes til ofte at give en dårlig validitet og reliabilitet i forbindelse med diagnosticering af skizofreni. Denne konstellation har blandt andet medført, at

---

man i DSM-5 har fjernet disse subtyper og udelukkende definerer skizofreni ud fra én skizofrenidiagnose. I Danmark anvendes dog syv subtyper, når der skal stilles en skizofrenidiagnose, selv om der ingen evidens er, for at disse subtyper er repræsentative for de forskellige skizofrenisygdomme (Nordentoft & Mors, 2016, p. 197).

Disse subtyper inddeles i ICD-10 ud fra syv kategorier efter deres dominans af FRS, og vil i det følgende blive beskrevet, dels for at illustrere hvor heterogen det kliniske symptombillede kan være, når der skal stilles en skizofrenidiagnose, og dels med henblik på en bredere forståelse af, hvordan fænomenet psykose og skizofreni kan forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv.

I ICD-10 er de fleste væsentlige sygdomskategorier anført ud fra systematisk opstillede hovedpunkter og underpunkter, hvor de hovedpunkter, som står med store bogstaver eksempelvis F.20.0 henviser til sygdomskategorien ”Paranoid skizofreni”. De syv sygdomskategorier for subtyperne af skizofreni vil i det følgende blive beskrevet ud fra deres F20-diagnose.

#### **4.4 Diagnostiske subtyper af skizofreni**

**F.20.0 Paranoid skizofreni** er kendetegnet ved svære vrangforestillinger og hallucinationer, som ofte er systematiserede og stabile, hvorimod forstyrrelser af affekt, vilje og sprog som regel er mindre fremtrædende (Nordentoft & Mors, 2016, p. 197).

Som regel forekommer der også tredje persons-hørelsehallucinationer, og de negative symptomer, som ikke er så fremhærskende, debuterer ofte senere efter den fase som kaldes prodromalfasen. Prodromalfasen er den fase hvor der begynder at optræde symptomer på mentale forstyrrelser ofte med psykotiske symptomer. Prodromalfasen henviser således til den præpsykotiske fase, som tidsmæssigt kan variere fra måneder til flere år (Christensen & Krarup, 2011, p. 52).

**F.20.1 Hebefren skizofreni** viser sig ofte ved tidlig debut i form af nedsat følelsesliv og mange følelsesmæssige udsving. Ligeledes er sygdomsbilledet i prodromalfasen under tiden præget af en desorganiseret adfærd, hvor kaotisk tænkning afspejler sig i usammenhængende sprogbrug. Modsat symptomer på en paranoid skizofreni, er de psykotiske vrangforestillinger ofte usystematiske og flygtige når det omhandler

---

karakteristika for symptomer på en Hebefren skizofreni (Christensen & Krarup, 2011, p. 58).

**F.20.2 Kataton skizofreni** er kendetegnende ved stuporøse og psykomotoriske forstyrrelser. Dette henviser til en adfærd, som er domineret af en vågen tilstand, hvor patienten kan observeres værende fikseret i kroppsstillinger eller gentage bevægelser eller ord. Ligeledes kan der forekomme negativisme, hvor patienten er passiv overfor en hver form for tiltale eller modsat udviser automatisk lydighed, dvs. at patienten konsekvent adlyder ordrer fra andre. Forekomster af personer, som får stillet diagnosen kataton skizofreni i de industrialiserede lande er sjælden, men bliver ofte anvendt i udviklingslandene (Christensen & Krarup, 2011, p. 58).

**F.20.3 Udifferentieret** omfatter de generelle kriterier for skizofreni, men henviser til forskellige blandede symptomer, som ikke svarer til de tre ovenfor beskrevne symptomer. Det kliniske billede udviser ikke en klar dominans af nogle bestemte symptomer, men der skal være psykotiske symptomer tilstede (ICD-10, 2018, p. 69).

**F.20.4 Postskizofren depression** er en tilstand hvor de skizofrene symptomer er aftagende, og hvor depressive og negative symptomer bliver mere og mere fremtrædende og dominerende. Hvis symptombilledet ændrer sig til, at de skizofrene symptomer igen bliver dominerende, skal den oprindelige skizofrenidiagnose opretholdes. Det antages, at de depressive tilstande kan være en psykologisk reaktion på de psykotiske symptomer (Christensen & Krarup, 2011, p. 59).

**F.20.5 Skizofren residual-tilstand** vurderes at være en kronisk tilstand i udviklingen af en skizofrenilidelse, hvor de grundlæggende kriterier for skizofreni ikke længer kan opretholdes og efterkommes. Tilstanden skal ifølge ICD-10 være præget af negative symptomer i et tidsforløb på mere end ét år med symptomer på eksempelvis affektaffladning initiativløshed, indholdsfattig tale og slap holdning (ICD-10, 2018, p. 70).

**F20.6 Simpel skizofreni** er en særlig form for skizofreni og adskiller sig markant fra alle de andre subtyper, fordi patienten på intet tidspunkt må fremstå psykotisk. Symptomerne observeres ud fra nedsatte psykosociale funktioner i form af negative

---

symptomer og vedvarende personlighedsmæssige ændringer. Der kan ligeledes observeres social tilbagetrækning, affektaffladning og sprogfattigdom. Diagnosen kan således stilles uden at de almindelige karakteristika for skizofreni skal være opfyldt (Nordentoft & Mors, 2016, p. 198). Der henvises derfor til, at denne diagnose må stilles med forsigtighed, idet mange andre ætiologiske aspekter kan være en udløsende forklaring på denne ændrede sindstilstand. Nogle af de differentialdiagnostiske overvejelser kan i den forbindelse være forbundet med psykologiske årsager som depressive symptomer eller andre neurologiske sygdomme (Christensen & Krarup, 2011, p. 60).

Klassificering af skizofrenidiagnosticering efterlader derfor mange spørgsmål med henblik på at opnå en forståelse af, hvordan fænomenet psykose og skizofreni kan forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv.

For selvom klassifikationerne og de diagnostiske symptomer på skizofreni er grundigt beskrevet i ICD-10, forekommer der også mange andre former for psykotiske lidelser eksempelvis i form af paranoide psykoser, akutte polymorfe psykoser eller depressive enkeltepisoder af svær grad med psykotiske symptomer, som ikke bliver associeret med en skizofrenilidelse.

Ifølge Cullberg anses fænomenet psykose derfor også at være et fænomenologisk-psykologisk begreb, hvor der ikke kan findes et biologisk definerbart prædikat som er dækkende for begrebet. Cullberg mener således, at *”uden nogen vrangforestillinger kan eller bør man ikke tale om psykose”* (Cullberg, 2001, p. 38).

Cullberg henviser til, at hvis en person oplever hallucinationer eksempelvis i form af syns eller auditive hallucinationer, men er bevidst om, at disse hallucinationer ikke er forbundet med en virkelighedsopfattelse, men snarere et udtryk for en urealistisk sanseoplevelse, kan det ikke fortolkes som en psykotisk tilstand og kaldes en vrangforestilling (Cullberg, 2001, p. 38).

#### **4.5 Definitionen af vrangforestillinger**

Vrangforestillinger kan i den forbindelse defineres som usandsynlige og urokkelige overbevisninger, hvis indhold består af ukonventionelle forestillinger, der ikke er i overensstemmelse med andres virkelighedsopfattelse. Vrangforestillinger defineres ofte som værende idiosynkratiske og egosyntone tanker, som kun er i overensstemmelse med personens egen tænkning og oplevelse af sig selv (Nordentoft

---

& Vandborg, 2017, p. 301). Hallucinationer kan derfor først betragtes som værende psykotiske, når de også er forbundet med vrangforestillinger.

Det kan i den forbindelse være vanskeligt at vurdere, hvornår en vrangforestilling kan anses for at være psykotisk, når det også antages, at ikke-psykotiske symptomer kan omfatte affektive symptomer i form af tvangstanker og dissociative symptomer eller andre former for perceptionsforstyrrelser (Mors, 2016, p. 42).

De kontekstuelle sammenhænge får derfor ofte en direkte betydning for udfaldet af, hvilken diagnose der henvises til i ICD-10, idet fænomener som vrangforestillinger i praksis ville være meningsløse fænomener at skulle begribe, hvis den kulturelle kontekst ikke medtænkes i forhold til, hvad der kulturelt kan forventes at være sandsynligt eller psykotisk (Jensen & Petersen, 2015, p. 16).

Ud fra et psykodynamisk perspektiv, vil den generelle opfattelse af psykotiske fænomener tage afsæt i, at psykotiske symptomer og menneskelige følelser ikke kan isoleres og derfor må forstås som kontekstuel afhængige.

Konteksten skal i den forbindelse betragtes ud fra de sammenhænge, personen indgår i. Enhver form for verbal eller nonverbal kommunikation udgør den kontekst, hvori en begivenhed, situation eller adfærd er forbundet med en relation til én eller flere personer (Schjødt & Egeland, 2006 p.41).

#### **4.6 Kontekstens betydning for diagnosticering**

En psykodynamisk forståelse af psykotiske symptomer har fokus på, hvordan den sociale kontekst kan influere på de livssituationer, som har udløst psykotiske subjektive oplevelser. Psykosens fremtrædelsesformer kan ud fra et psykodynamisk perspektiv menes at være et symptom på en mestringsstrategi eller tilpasningsadfærd til den sociale kontekst. De psykotiske fænomener vil derfor kunne associeres til de psykologiske dynamiske processer, som opstår i mødet med konteksten.

Psykotiske symptomer vil kunne fortolkes som psykologiske forsvarsreaktioner og mestringsstrategier til en beskyttelse mod bagvedliggende og mere destruktive psykiske fænomener. Det antages f.eks., at måden skizofrene psykopatologiske forsvarsreaktioners kommer til udtryk på, kan observeres som symptomer på ambivalens, ændringer i sociale kontakter, affektreguleringer eller identitetsforstyrrelser (Nordentoft & Vandborg, 2017, p.310).

---

Et andet eksempel på, hvordan kontekstuelle psykologiske situationer kan influere på vores perceptionsforstyrrelser og virkelighedsopfattelse, skildres ifølge Cullberg således:

*”At gå alene i en skov om natten er en nyttig erfaring for den, der mener at have helt styr på sit fantasiliv”* (Cullberg, 2001, p. 39).

Cullberg antyder her, at grænsen mellem de rationelle og irrationelle oplevelser og mellem fantasier eller fænomenet psykotiske forestillinger ud fra et psykodynamisk perspektiv i høj grad er et kontekstbetinget fænomen, idet konteksten får en essentiel betydning for, hvilken situation aktiverer vores forsvarsreaktioner til enten illusioner eller psykoser.

At konteksten har denne betydning kan formentlig også bidrage til en forståelse for, at ætiologien bag skizofreni og mange andre psykotiske lidelser langt fra er klarlagt, eftersom det mere eller mindre er umuligt at forudse, hvordan de arvelige anliggender vil interagere med kontekst.

Med hensyn til de arvelige forhold i forbindelse med psykotiske lidelser, så antog Augustin Morels som tidligere beskrevet, at psykiske sygdomme kunne ligestilles med en form for syndighed og mente, at disse lidelser var arvelige dispositioner, der kunne videregives og svække de efterfølgende generationer.

I dag har flere genetiske epidemiologiske studier kunne påvise, at eftersom den menneskelige psyke har udviklet sig ud fra et kontekstafhængigt system, har den miljømæssige udfordring også haft indflydelse på udviklingen af sindslidelser som eksempelvis skizofreni og andre psykiske tilstande (Van, Kenis, & Rutten, 2010, p. 210). Der er ikke længere et fokus på, hvorvidt syndige forhold er forbundet med psykotiske lidelser, men derimod har nyere forskningsundersøgelser kunne dokumentere, at mange arvelighedsestimater er forbundet med psykotiske lidelser, og at disse kan relateres til genetisk-biologiske endofænotyper. Endofænotyper skal forstås som en række funktionelle og biologiske forstyrrelser, som kan observeres i forbindelse med et psykologisk udviklingsforløb, som eksempelvis skizofreni (Nordentoft & Mors, 2016, p. 213).

I gennem de seneste årtier har den psykiatriske genetiske forskning derfor grundlæggende været fokuseret på, hvilke genetiske faktorer, som kan influere på udviklingen af psykiske lidelser, mens den epigenetiske forskning de seneste år har forsøgt at belyse, hvordan påvirkningen af interaktioner mellem arv og miljø har

---

kunne føre til epigenetiske ændringer og øget risiko for udvikling af psykiske lidelser (Møhl & Simonsen, 2017, p. 40).

I dag opereres der med forskellige teoretiske overordnede sygdomsmodeller, som tager afsæt i hvordan biologiske, psykologiske og sociale forhold kan interagere og udvikle sig til psykopatologiske lidelser.

I det følgende afsnit redegøres for to ofte anvendte teoretiske psykopatologiske sygdomsmodeller, der beskriver, hvordan endogene og eksogene forhold kan danne grundlag for en metaanalytisk forståelse for udviklingen af psykotisk og psykiske sygdomme. Der findes i dag mange forskellige sygdomsmodeller, blandt andet den biomedicinske sygdomsmodel, hvor den primære opfattelse af sygdomme skal forstås som en biologisk dysfunktion. Den biomedicinske model har ud fra en naturvidenskabelig tilgang fokus på de biologiske fejlfunktioner i kroppen, som skyldes en funktionsbestemt opbygning.

Når det omhandler ætiologien bag fænomener som psykose og andre psykiske lidelser, er det ikke tilstrækkeligt blot at henvise til de biologiske aspekter ud fra et psykodynamisk perspektiv.

De to nedenfor beskrevne sygdomsmodeller tager afsæt i den bio-psyko-sociale model samt diatese-stressmodellen. I disse to sygdomsmodeller er der udover et fokus på de biologiske egenskaber, også et fokus på en psykodynamisk forståelse af de psykiske og sociale aspekter, der formodes at kunne forårsage psykiske lidelser. I denne formodning inddrages specielt et særligt fokus på individets egen opfattelse af situationen samt beskrivelser af de psykopatologiske fænomener, der opleves.

#### **4.7 Bio-psyko-sociale model**

Den bio-psyko-sociale models udgangspunkt er, at de psykologiske psykopatologiske fænomener, som kan observeres og beskrives, må bero på et dynamisk samspil mellem kropslige og biologiske funktioner samt mentale sindstilstande.

Sygdomsmodellens teoretiske ætiologi tager derfor afsæt i, at mennesket er indlejret i et hierarkisk funktionelt system, der omfatter et komplekst system af atomer og molekyler. Denne fysiologiske funktionelle sammensætning danner derved baggrunden for den menneskelige bevidstheds eksistens og adfærd, og muliggør i sidste instans sociale relationer i forskellige kontekstuelle sammenhænge (Møhl & Simonsen, 2017, p. 43).

---

En af grundantagelserne i den bio-psyko-sociale model er, at diagnose og sygdomsbeskrivelse ikke er noget, som kan isoleres, men skal fortolkes ud fra personens egne beskrivelser og oplevelse af sin sindstilstand.

Sygdomsmodellens teoretiske grundlægger anses i dag for at være George L. Engel (1913-1999). Engel var uddannet læge og intern mediciner, men blev meget optaget af patienters narrative beskrivelse af deres sygdomssymptomer. Engels mente blandt andet, at en tilgang til en klinisk forståelse af patientens symptomer i høj grad var afhængig af, hvad patienten selv formår at fortælle om sin lidelse. Han betonedede, at fordi vi som mennesker har selvindsigt, gør det os i stand til selv at deltage i egen undersøgelse og derved informere klinikerne om ikke-observerbare symptomer. Netop denne egenskab ved den menneskelige natur anså han som en stor videnskabelig fordel, når det handler om en forståelse af menneskets psykopatologiske symptomer (Engel, 1997, p. 522).

Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel er således orienteret imod en holistisk sygdomsopfattelse af de psykologiske anliggender, som tager udgangspunkt i personlige oplevelser, og er derfor i sin teoretiske grundantagelser en pendant til den biomedicinske sygdomsmodels antagelser om monokausalitet.

#### **4.8 Diatese-stressmodellen**

Diatese-stressmodellen der også kaldes for stress-sårbarhedsmodellen tager udgangspunkt i, at alle mennesker potentielt set på grund af en medfødt psykisk sårbarhed kan udvikle psykiske lidelser, såfremt fysiske eller psykiske belastninger er tilstede i en længere eller kortere tidsperiode. Diatese betyder således disposition for en sygdom (Møhl & Simonsen, 2017, p. 44).

Den form for belastninger, der refereres til i sygdomsmodellen betegnes stressorer, og diatese-stressmodellen kan som udgangspunkt opdeles i en biologisk og psykologisk forståelsesramme af fænomenet stressorer.

#### **4.9 Biologiske stressorer**

De biologiske stressorer omfatter både de forhold, som umiddelbart indvirker på vores fysiske tilstand såsom manglende sufficient kost, infektioner, fysiske traumer eller indtagelse af euforiserende stoffer, men er også påvirket af neurobiologiske processer som aktiveres under stresspåvirkning. Især reguleringen af hypothalamus-hypofysebinyre-aksen (HPA) har vist sig at have stor betydning for psykiske lidelser. Forskning har i den forbindelse vist, at især HPA-aksen er afgørende for vores



---

overlevelse, idet den forbereder og kontrollerer vitale biologiske kropslige organismer, når der opstår truende begivenheder, og medvirker efterfølgende til at justere og genvinde homeostase efter en stresseksposering.

Når HPA-aksen bliver aktiveret på grund af en stresseksposering, øges især glukokortisol. Da næsten alle celler er i besiddelse af glukokortisol-receptorer, har et højt serumniveau i blodbanen en stor indflydelse på mange fysiologiske processer i hele kroppen, og dermed også på neuronerne i hjernen. I den forbindelse har undersøgelser vist, at langvarig aktivering af HPA-aksen er medvirkende til en forhøjet produktion af glukokortikoider, hvilket kan føre til en øgning af neurotransmittere i hjernen, som eksempelvis dopamin og serotonin.

Disse transmitterstoffer bliver ofte forbundet med en øget risiko for psykiske lidelser såsom depression og skizofreni (Pruessner, Cullen, Aas, & Walker, 2017, p. 198).

#### **4.9.1 Psykologiske stressorer**

Når det handler om psykologiske stressorer, henvises der i diatese-stressmodellen blandt andet til emotionelle belastninger i form af eksempelvis tab af pårørende, arbejdsbelastninger eller sociokulturelle stressforhold som f.eks. familiekonflikter, uddannelseskraav eller aktuelle samfundsmæssige stressforhold som krige eller pandemier m.m. De emotionelle påvirkninger kan således opstå akut eller florere over en længere tidsperiode. I nogle situationer er der ikke nødvendigvis tale om en ydre belastning, men derimod en udtalt personlig genetisk prædisponeret sårbarhed som manifesterer selve stresstilstanden (Mors & Nordentoft, 2016, p. 26).

Da den medfødte præpotente sårbarhed varierer fra individ til individ, kan oplevelser af stressrelaterede situationer opleves meget traumatiserende for et individ, og utraumatisk for et andet. Det antages, at den præpotente sårbarhed for nogle individer kan være en udløsende faktor for psykopatologiske psykotiske lidelser såsom skizofreni (Cullberg, 2001, p. 111). Eksempelvis hævdes det, at en medfødt sårbarhed for udviklingen af psykoser eller skizofreni kan være forårsaget af en større arvelighedsmæssig tæthed af dopaminreceptorer i hjernen (Cullberg, 2001, p. 85).

Undersøgelser har i den forbindelse vist, at børn af mødre, der i graviditeten har været udsat for stress eller andre former for psykiske belastninger, er mere sårbare for at udvikle skizofreni (Christensen & Krarup, 2011, p. 47).

---

Det antages således, at hvis børn i forstertilstanden har været udsat for høje koncentrationer af stresshormoner som eksempelvis glukokortikoider, kan de senere i deres livsforløb udvikle en større sensitivitet overfor ydre stress.

Andre undersøgelser har dokumenteret, at trygge og positive relationer mellem omsorgspersonerne og barnet kan reducere risikoen for udviklingen af skizofreni, og finske undersøgelser har kunnet påvise, at uønskede børn er mere eksponerede for skizofreni (Christensen & Krarup, 2011, p. 48).

Aktuelt har nyere forskning og meta-analytiske data kunne dokumentere, at forekomsten af kliniske psykoser og subkliniske psykotiske oplevelser ofte er forbundet med barndomsstraumer, hvis barnet har været udsat for f.eks. seksuel, fysisk eller andre former for følelsesmæssig misbrug (Rössler, Ajdacic-Gross, Rodgers, Haker, & Müller, 2016, p 51).

Andre forskningsundersøgelser har vist en sammenhæng mellem graden af utryg tilknytning i barndommen, og sværhedsgraden af senere udvikling af produktive psykotiske hørerhallucinationer med negativt indhold (Pilton, Bucci, McManus, Hayward, Emsley, & Berry, 2016, p. 780).

Med afsæt i de ovenfor beskrevne sygdomsmodeller, hvis udgangspunkt var, at interaktionen mellem genetiske, biologiske, psykologiske og miljømæssige aspekter har stor indflydelse på og betydning for, hvordan ætiologien bag psykiske og psykotiske lidelser kan opstå og efterrationaliseres, er der fortsat et stort grænseområde mellem, hvad der anses for at være eller ikke være en psykopatologisk lidelse, når hensigten er, at opnå en forståelse for, hvordan fænomenet psykose og skizofreni kan forstås ud fra et psykologisk, psykodynamisk og antropologisk perspektiv.

Sygdomsmodellerne kan af den grund ikke alene definere hvorledes psykopatologiske fænomener som psykose og skizofreni skal forstås.

I lyset af et psykologisk dynamisk perspektiv, vil en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni også kunne belyses ud fra et udviklingspsykologisk perspektiv, hvor det antages, at vi som mennesker fødes med et prædisponeret biologisk beredskab. Dette beredskab består i, at vi som mennesker kan interagere med andre mennesker, og i disse interaktioner stimuleres hjernens udvikling til blandt andet at forme menneskets interpersonelle mønstre og personlighed (Hart & Møhl, 2017, p. 65).

---

Barnets bearbejdning og opfattelse af miljøet spiller derfor en udviklingspsykologisk vigtig rolle for dets adfærd, og det antages i den forbindelse, at barnets bearbejdning og opfattelse kan være mere modificerbar end selve de arvelighedsestimater, som miljøet interagerer med (Hart & Møhl, 2017, p. 67).

Det er i den forbindelse nærliggende at formode, at psykotiske symptomer også kan omfatte psykologiske dynamiske processer, der afspejler, at selve psykosen er et psykologisk forsøg på at mestre en ubærlig livssituation, som uden disse symptomers tilstedeværelse ville mærkes og opleves langt mere emotionelt destruktivt og smertefuldt end selve den aktuelle psykotiske sindstilstand.

Dette gælder især, når undersøgelser har kunne dokumentere, at mange psykotiske lidelser er forbundet med seksuelle overgreb og andre former for traumatiske krænkelser.

For at forstå fænomenet psykose og skizofreni ud fra et psykologisk dynamisk perspektiv, vil det følgende afsnit være orienteret mod en teoretisk dynamisk psykoseforståelse, hvor psykotiske tilstande ikke primært skal fortolkes som patologiske symptomer på skizofreni eller andre psykiske lidelser, men derimod som tilknytnings- og udviklingspsykologiske mestringsstrategier. Fænomenet psykose bliver derved i sig selv et anliggende, der både fortæller og forsøger at skjule sin historie, dvs. det, som Bleuler anså som en psykodynamisk forståelse af, hvordan psykotiske fænomener kan tolkes som de menneskelige kampe, der bliver vanskeliggjort på grund af deres symptomer (Bentall, 2003, p. 25).

Forståelse af ovennævnte fænomen vil i det følgende tage afsæt i en redegørelse for fire psykodynamiske teorier: Driftspsykologien, egopsykologien, selvpsykologien og objektrelationsteorier. I den forbindelse har jeg valgt Sigmund Freuds libidoteori, Erik Eriksons egopsykologiske teorier, Melanie Kleins objektrelationsteorier, Donald W. Winnicotts og Daniel Sterns selvpsykologiske teorier.

De psykodynamiske teorier er udvalgt med henblik på en forståelse af, hvordan fænomenet psykose og skizofreni på den ene side kan forstås som symptomer, der optræder, når vanskelige livssituationer opstår, og på den anden side kan ses som psykiske fænomener, som fremtræder, når mestring af psykiske belastninger ikke længere er mulig. Der vil i den forbindelse blive sondret mellem, hvad der antages at være henholdsvis adaptive og maladaptive psykotiske mestringsstrategier, hvor de

---

adaptive mestringsstrategier henviser til konstruktive og kreative strategier, hvorimod de maladaptive mestringsstrategier forstås som mere destruktive og dysfunktionelle strategier.

### **3. Psykodynamisk del**

#### **5. Psykodynamiske teorier**

Den oprindelige psykoanalytiske teori er en driftsteori, som blev grundlagt af Freud i forbindelse med hans udarbejdelse af teorien om den infantile seksualitet.

Driftsteoriene tager afsæt i, at mennesket er underlagt nogle centrale motiverende kræfter eller drifter i form af seksualdriften, som også bliver betegnet libidodriften (Mortensen, 2011, p. 33).

##### **5.1 Sigmund Freuds libidoteori**

Sigmund Freud var af den opfattelse, at narcissistiske og psykotiske lidelser mere eller mindre var uegnet til psykoanalytisk behandling (Freud, 1994, p.475).

Det, som i dag defineres som en skizofrenilidelse, blev som tidligere beskrevet betegnet som "dementia praecox", men blev i Freuds samtid ændret til begrebet skizofreni. Freud mente, at de karaktertræk, som kunne observeres ved "dementia praecox", var forårsaget af, at objektet ikke længere var besat af libido (Freud, 1994, p. 319). Når Freud henviser til libido, skal det her lidt forsimplet forstås ud fra den analogi, der kan ligestilles mellem sultbegrebet og seksualdriften, hvor begge fænomener er styret af drifter, hvorved sulten bliver til en ernæringsdrift (Freud, 1994 p. 241).

Freud henviser i sin libido- og narcissismeteori til, at jeg'et, som besidder libido, i egentlig forstand også kan betragtes som et subjekt, men kan ud fra dette perspektiv også gøre sig selv til et objekt, idet jeg'et er i stand til at kritisere og observere sig selv, hvilket andre objekter uden for jeg'et også har mulighed for at gøre (Freud, 1994, p. 401). Derved har jeg'et ifølge Freud mange muligheder for at spalte sig i forskellige retninger ved både at kunne gøre sig selv til et objekt og til et subjekt. En sindssyg tilstand som psykose kan ifølge Freud forklares ved, at jeg'ets libido vender sig bort fra den ydre verdens realitet og i stedet for skaber en indre psykisk realitet og spænding i jeg'et. At jeg'ets libido har vendt sig bort fra den ydre realitet medfører, at jeg'ets indre psykiske tilstand bliver utilgængelig for omverdenen, men

---

tilgængelig for den sindssyge i form af eksempelvis indre psykotiske symptomer (Freud, 1994, p. 401). Freud antager ligeledes, at der under denne regression fra det ydre objekt opstår en tilstand af narcissisme (Freud, 1994, p. 319).

I Freuds teori af barnets udviklingsfaser henvises der til, at barnets libido i begyndelsen ikke har etableret en tilknytning til noget objekt, men er autoerotisk. Barnets udviklingsfase indledes derfor ud fra en autistisk og objektløs tilstand. I løbet af udviklingsfasen rettes barnets libidoenergi sig mod ydre objekter, hvorved den narcissistiske libido ændres til objektlibido (Mortensen, 2011, p. 47).

Freud skelner mellem den primære og sekundære narcissisme, hvor den sekundære narcissisme er en inddragning af de libidinøse objektbesættninger, som føres tilbage til den oprindelige, tidligt infantile udviklingsfase (Freud, 1994, p. 326).

I den narcissistiske tilstand øges spændingsniveauet i jeg'et og vil derfor kunne ændre sig til en mere eller mindre patologisk tilstand, som blandt andet omhandler grandiose forestillinger og paranoia.

Freud foreslår derfor, at man sammenfatter paranoia og dementia praecox under fællesbetegnelsen "parafreni", som henviser til vrangforestillinger, hvis indholdsform omfatter særprægede forfølgelsesforestillinger, storhedsvanvid og jalousiforrykthed (Freud, 1994, p. 326).

Ud fra et metapsykologisk, psykodynamisk perspektiv kan Freuds teorier om jeg'et og objektet fortolkes som et stort libidoreservoir, bestående af to intime, associerede alternativer. Freud mener, at det omvendte også kan gøre sig gældende i et kærlighedsforhold, hvor jeg'et modsat er rettet imod et andet objekt (Freud, 1994, p. 319). I den forbindelse er der tale om objektkærlighed, hvor jeg'et kan forelske sig så stormfuldt i et ydre objekt, at det mister sin libido og langsomt begynder at udslette og foragte sig selv (Olesen & Køppe, 1993, p. 381).

En psykoanalytisk forståelse af psykotiske tilstande kan ud fra Freuds fremstilling af grandiose og narcissistiske forestillinger fortolkes ud fra mange psykologiske perspektiver og kan på nogle områder forstås som det, som vi i dag definerer som selvhenførende vrangforestillinger. Begrebet selvhenførende vrangforestillinger henviser til personlige fejlfortolkninger af den ydre verden, hvorved personen ser sig selv som et objekt for næsten alt, hvad der sker omkring ham, og tillægger disse objekter en privat fortolkning. Et karakteristikon for skizofreni er ofte selvhenførende paranoide vrangforestillinger i form af normale reelle

---

sanseoplevelser, der tillægges en særlig privat grandios eller megaloman betydning (Mors, 2016, p. 38).

En selvhenførende, grandios og paranoid forestilling er eksempelvis, hvis en patient er overbevist om, at psykiateren kun er interesseret i at forfølge og diagnosticere patienten som skizofren, fordi han er misundelig på patientens smukke udseende samt tætte venskab med paven.

Problemet med en analytisk fortolkning af dette eksempel i forhold til Freuds libidoteori om, at grandiose og narcissistiske sindstilstande beror på en tilbagetrækning fra ydre objekter, er, at grandiose og narcissistiske vrangforestillinger jo netop tager afsæt i reelle sansninger af ydre objekter, som herved skaber de indre sanseoplevelser. Grandiose, narcissistiske og paranoide vrangforestillinger vil ud fra dette perspektiv nødvendigvis være rettet mod et ydre objekt.

Freuds psykoanalytiske beskrivelser af jeg'ets refleksive tilbagetrækning fra et ydre objekt kan derfor snarere associeres til det, der i dag er kendetegnende for skizofrene, negative symptomer, der ifølge ICD-10 omfatter symptomer på eksempelvis indsynken i sig selv, manglende fremdrift eller interesse samt social tilbagetrækning (ICD-10, p. 67).

Negative symptomer vurderes i dag til ofte at være mere eller mindre kroniske i forbindelse med skizofrene lidelser og ligeså svære at behandle både medikamelt og terapeutisk (Nordentoft & Mors, 2016 p. 195).

Freud formoder, at den kompleksitet der ofte er forbundet med fænomenet psykose, er vanskelig at behandle ud fra en psykoanalytisk tilgang, fordi patienten vender sig bort fra realiteten på to forskellige måder. Enten fordi det ubevidst fortrængte får så stort et overtag, at det fuldstændigt overvælder det bevidste, eller fordi den faktiske realitet er så ulidelig og smertefuldt truende over for jeg'et, at jeg'et resignerer og overgiver sig til det ubevidste (Freud, 1994, p. 366). Freuds udgangspunkt til en forståelse af fænomenet psykose var derfor: *Vi forstår dem så vidt, at vi nok ved, hvor vi skal sætte løftestangen til i givet fald, men den kan blot ikke flytte byrden*” (Freud, 1994, p. 474). Freud tilføjede i den forbindelse, at en fremtidsforhåbning ville være at opnå et større kendskab til hormonvirkningen til at løse problemstillingen, og cementere at narcissistiske og psykotiske tilstande mere eller mindre er uegnet til psykoanalytisk behandling (Freud, 1994, p. 475).

---

Erik H. Erikson som repræsenterer egopsykologien var på mange områder enig med Freud i, at jeg'et delvist var ubevidst om sine handlinger, men antog at jeg'ets konflikt både bevidst og ubevidst ikke var et anliggende mellem det'et og overjeg'et, men derimod engageret i en tilpasning til det nære, sociale, ydre miljø (Bertelsen, 2006, p. 52).

Erikson har i sin egopsykologiske kriseteori et stort fokus på omgivelsernes betydning for barnets udvikling, og mener at svigt og dårlige opvækstvilkår kan medføre fejludvikling på grund af ydre miljømæssige konflikter (Mortensen, 2011, p. 35).

## **5.2 Erik H. Eriksons kriseteori**

Eriksons kriseteori tager afsæt i, at livscyklussen hører til identitetens nødvendige koordinater, idet individet først i ungdomsårene har udviklet fysiologisk, åndelig og social ansvarlighed til at opleve de identitetskriser, som kan anses som et psykologisk aspekt ved det at blive voksen (Erikson, 1997, p. 87).

Eriksons teori tog blandt andet afsæt i, at den menneskelige livsudvikling forløber gennem otte livsfaser, hvor hver fase har sin egen bestemte, psykosociale udviklingskrise. Ordet krise skal ifølge Erikson ikke forstås som en truende livssituation eller katastrofe, men som en kritisk sårbar periode med muligheder for både succes og fiasko. En identitetskrise kan således blive en kilde til ontogenetisk produktive kræfter, men også til en fejltilpasning (Erikson, 1997, p. 90). Begrebet ontogenetisk skal i den forbindelse forstås som en fysisk og psykologisk udviklingsproces.

I det følgende afsnit redegøres der kortfattet for de otte udviklingsfaser i Eriksons kriseteori med henblik på at give et indblik i, hvor der i disse faser potentielt set kan være særligt sensitive og sårbare udviklingskriser, som kan føre til psykotiske sindstilstande. De faser, hvori der antages at være en forøget risiko for fejltilpasning, vil i den forbindelse blive prioriteret.

### **Spædbarnsperioden og den gensidige genkendelse**

I den første fase henviser Erikson til det, som han antager for den mest elementære forudsætning for psykologisk vitalitet, og som omfatter det, han kalder for basal tillid. Basal bevidst tillid er ifølge Erikson tilgængelig for introspektion, da det

---

afspejler sig i vores adfærd, som kan iagttages af andre, men manifesterer sig også som en indre psykisk tilstand. Ifølge Erikson kan grundlæggende mistillid hos voksne derfor skabe en så alvorlig fremmedgørelse, at personen lukker sig inde i sig selv, når der opstår konflikter enten med sig selv eller andre (Erikson, 1997, p. 91). Denne mentale tilbagetrækning og indesluttethed kan ud fra Eriksons antagelser medføre en udvikling af psykotiske tilstande, som kan afspejle sig i manglende fremdrift eller interesse samt social tilbagetrækning (Erikson, 1997, p. 92). Ligeledes mener Erikson, at separation i forbindelse med amning i denne periode kan opleves som et temmelig traumatisk brud for barnet, når tabet af både brystet og moderens trygge nærvær modificeres. En pludselig eller kortvarig amningsudfasning kan ifølge Erikson medføre en kronisk sorgtilstand i form af melankoli resten af barnets levetid, og kan selv under mere gunstige afvænningsforløb internalisere en universel følelse af tab (Erikson, 1997, p. 96).

### **Den tidlige barndom og viljen til at være sig selv**

Den anden fase omhandler barnets udvikling af autonomi og motoriske færdigheder i form af muskelkontrol og verbalisering, hvor blandt andet barnets koordineringsevne i modsatte handlingsmønstre såsom det at holde fast og give slip på genstande bliver en del af barnets udvikling af autonomi (Erikson, 1997, p. 101).

I denne fase antager Erikson, at ydre streng kontrol, som hindrer barnet i dets forsøg på frivilligt og selvstændigt at kontrollere sine handlingsmønstre, kan medføre en regressiv udvikling, hvor barnet vender tilbage til tidligere handlingsmønstre, som det at sutte på tommelfinger eller reagere krævende og vredladent.

Denne fase kan blive afgørende for barnets forhold til påtvunget selvbeherskelse, idet Erikson antager, at udviklingen af selvkontrol i denne fase uden tab af selvbedømmelse, er den ontogenetiske kilde til en følelse af fri vilje, hvor det modsatte derimod vil kunne medføre, at barnet oplever en dyb følelse af tvivl og skam (Erikson, 1997, p. 103). Denne skamfølelse kan ifølge Erikson føre til en fremmedgørelse senere i barnets udviklingsforløb og udvikle sig til psykotiske tilstande, idet barnet tillægger sig selv en streng samvittighed. Et symptom på denne udvikling kan efter Eriksons opfattelse ses i form af nedsat viljestyrke til at afprøve nye ting og samtidig en besættelse af gentagelsestvang, hvor alting skal være præcist som før og altid skal foregå i den samme rækkefølge (Erikson, 1997, p. 105).



---

## **Barndom og rolleforventning**

Den tredje fase er kendetegnet ved især tre udviklingsstadier, som Erikson formoder kan bidrage til fremkaldelse af kriser. Disse stadier omhandler barnets bevægelsesfrihed, dets sprogforfølelse, som blandt andet omhandler udvikling af reflekterende spørgsmål, samt forfølelse af initiativ og realistiske følelser af målbevidsthed (Erikson, 1997, p. 109). Opstår der en fejludvikling i denne fase, antager Erikson, at det ofte først kommer til udtryk langt senere hen i barnets identitetsudvikling, hvor initiativkonflikter kan resultere i, at individet har svært ved at leve op til egne værdier og forventninger (Erikson, 1997, p. 113).

I denne udviklingsfase påpeger Erikson, at forældre gennem deres narrative beskrivelser af egne store oplevelser kan bidrage til, at barnet får mulighed for at tilegne sig en handlingsetos ud fra forældres fortællinger om deres handlingsinitiativer (Erikson, 1997, p. 113).

## **Skolealderen og identifikation med opgaver**

I denne fase tematiserer Erikson barnets identifikationer med nye opgaver og sociale omgivelser i forbindelse med skolealderen. Erikson mener, at barnets kriser i denne periode omfatter tilknytning til lærere og andre børn, hvor barnet samtidig skal begynde at udvise det, som han betegner som konstruktiv foretagsomhed.

Erikson henviser i den forbindelse til, at det implicit ligger i luften, at både barnet og dets omgivelser psykologisk set begynder at betragte barnet som en rudimentær forælder (Erikson, 1997, p. 117). Kriserne kan i dette udviklingsstadium ifølge Erikson derfor bestå i, at barnet bliver overvældet af nye krav og opgaver, hvilket kan medføre, at barnet oplever en fremmedfølelse over for sig selv, altså en velkendt mindreværdsfølelse (Erikson, 1997, p. 117).

## **Ungdomstiden**

I denne fase fastslår Erikson, at hvis nogen tidligere i barnets udviklingsstadier har stillet spørgsmål ved, om man er et tillidsfuldt menneske, er det i denne fase ofte der, hvor den unge ivrigt søger efter mennesker og ideer, som er i stand til at anerkende, at man er tillid værdig (Erikson, 1997, p. 122). Der henvises til, at især to forhold er betydningsfulde i denne fase. Det første forhold henviser til den identifikationsfigur, som den unge har rettet sin opmærksomhed imod, hvorimod det andet forhold omfatter muligheden for et psykosocialt moratorium (Mortensen, 2011, p. 105).

---

Et psykosocialt moratorium beskrives af Erikson som det sted, hvor den unge via fri rolleeksperimenteren har et frirum, som passer netop til ham eller hende (Erikson, 1997, p. 122). Mislykkes det for den unge i denne fase at finde en rimelig sikker identitet, kan der ifølge Erikson opstå en identitetsforvirring, som kan udvikle sig til en negativ identitet (Erikson, 1997, p. 125).

### **Tidlig voksenalder**

I denne fase er det centrale fokus evnen til at kunne indgå i nære forpligtende og tætte, emotionelle relationer til andre, hvor intimitet også spiller en vigtig rolle. Det antages, at kriser i denne periode både kan udarte sig til promiskuitet, men også isolation og social tilbagetrækning (Erikson, 1997, p. 129).

### **Egentlig voksenalder**

Voksensalderen tager afsæt i det, som Erikson beskriver som generativitet (Mortensen, 2011, p. 105). Generativitet er ifølge Erikson i først instans en evne til at udvikle og udvise omsorg og modenhed for den kommende generation. Erikson antager i den forbindelse, at nogle mennesker på grund af ulykkelige omstændigheder eller udviklingskriser kan miste besiddelsen af disse egenskaber. Hvis en sådan evne ifølge Erikson ikke er eksisterende, vil det kunne medføre en regression, som tager form af et tvangsmæssigt behov for pseudointimitet samt følelse af stagnation og som kan udvikle sig til en sygelig selvoptagethed (Erikson, 1997, p. 131).

### **Modenhed**

I denne sidste fase kan både integritet og fortvivlelse udgøre en mulighed, idet de tidligere gennemlevede faser får stor betydning for oplevelsen af integritet (Mortensen, 2011, p. 106). Den optimale tilstand i denne fase omfatter således en dyb personlig integritet, som er præget af livsvisdom og indsigt i, hvad det vil sige at være et menneske. Denne følelse tager form af en upartisk, aktiv interesse for livet frem til døden, og Erikson kalder denne tilstand vished. Fortvivlelsen derimod er ifølge Erikson en følelse af, at tiden er opbrugt til at påbegynde et nyt liv i forsøget på opnåelse af integritet (Erikson, 1997, p. 133).

---

Ud fra Eriksons krise- og udviklingsteorier kan tillid og håb i spædbarnsalderen, vilje, styrke og initiativ i legealderen, gode kundskaber i skolealderen, troskab i den begyndende voksenungsdoms alder og sluttelig vished i alderdommen være eksistentielle, betydningsfulde faktorer for udviklingen af adaptive ontogenetiske produktive kræfter, som må formodes at have en præventiv psykologisk beskyttelse mod psykiske og psykotiske tilstande senere i livet.

Især i de to første krisefaser fremhæver Erikson, at fejludvikling kan føre til psykotiske tilstande i barnets identitetsudvikling. I disse faser er manglende tillid, tvivl, fremmedgørelse, tab af selv vurdering og skamfølelse centrale maladaptive aspekter, der antages at kunne føre til mere omfattende patologiske psykiske lidelser. At den basale tillid har eksistentiel betydning for vores identitetsudvikling, understreges også af den britiske sociolog Anthony Giddens' beskrivelser af modernitet og selvidentitet. Giddens refererer i den forbindelse også til Eriksons antagelser om basal tillid og henviser til det, han kalder ontologisk sikkerhed og tillid.

Giddens mener også, at det, som skaber ontologisk sikkerhed for menneskets relation og psykologiske udvikling og fører individet gennem overgangskriser, er tillid. Ifølge Giddens bliver tillid derfor et spørgsmål om tro, idet tillid til virkelighedens eksistentielle forankringer hviler på tiltro til andres pålidelighed og binder derved selvidentiteten afgørende sammen med andre og deres vurdering (Giddens, 1996, p.52).

Med afsæt i Eriksons kriseteorier kan udviklingen af psykotiske tilstande formodes at være forbundet med manglende basal tillid, idet psykotiske eller skizofrene sindstilstande ofte er kendetegnede ud fra deres paranoide og ambivalente symptomer, hvor netop tillid og tiltro til både sig selv og omverdenen udgør symptombilledet.

Manglende tillid bliver derved ensbetydende med mistillid og mistro. Den psykotiske tilstand har i højere grad rettet sit eksistentielle fokus mod frygten for omverdenen. Psykotiske tilstande hos voksne kan ud fra Eriksons kriseteori forstås som en tidlig fejludvikling, hvor basal tillid er blevet til mistillid, hvilket har skabt en så alvorlig fremmedgørelse, at personen lukker sig inde i sig selv, når der opstår konflikter enten med sig selv eller andre. Dette er også karakteristisk for negative symptomer i forbindelse med skizofrenilidelser.

---

Eriksons antagelser om, at fejludvikling af basal tillid kan føre til mistilid og psykotiske lidelser og senere i voksenalderen, kan på mange måder associeres til Freuds libidoteori, hvor psykotiske tilstande kan være forbundet med jeg'ets refleksive tilbagetrækning fra ydre objekter, hvilket Freud antager kan føre til psykotiske, narcissistiske tilstand. Forskellen er dog, at Erikson grundlæggende tager udgangspunkt i, at psykotiske tilstande kan forstås ud fra en mangelfuld tillid og opmærksomhed fra de ydre objekter og ikke som narcissistisk infantile tilbøjeligheder som storhedsvanvid.

En tilgang til en forståelse af personer med psykotiske lidelser igennem psykoterapi er derfor ifølge Erikson at forsøge "at nå frem til dem" ud fra en autentisk, oprigtig og ærlig intention om, at personerne kan stole på, at man har tillid til dem og derved vil hjælpe dem til også at få tillid til sig selv (Erikson, 1997, p. 92).

Erikson henviser ligeledes til, at fejludvikling af selvkontrol i de første faser af barnets identitetsudvikling kan medføre en dyb fundamental, livslang skamfølelse og sårbarhed over for udviklingen af psykotiske lidelser.

I de seneste år har forskningsundersøgelser kunnet dokumentere, at skamfølelse ofte kan være forbundet med psykotiske tilstande. En forskningsundersøgelse på dette område tog blandt andet afsæt i to former for skam, hvor den første type af skamfølelse bliver betegnet som intern skam og refererer til den skamfølelse, som er forbundet med negative selvevalueringer og personlig selvopfattelse, mens den anden type af skamfølelse omfatter ekstern skam. Denne form for skamfølelse kan opstå, når personen antager, at andre tænker negative tanker om personens eksistens eller handlinger (Martins, Macedo, Carvalho, Pereira, & Castilho, 2019, p. 53).

Undersøgelserne tog afsæt i andre forskningsresultater, som kunne påvise, at personer med psykotiske symptomer ofte rapporterede højere niveauer af intern skam, samt at ekstern skam ofte var relateret til paranoia og negative symptomer eller manglende tillid til at etablere sociale relationer.

Ud fra Eriksons psykodynamiske, egopsykologiske retning antages det således, at psykopatologiske fænomener såsom psykoser og skizofreni senere i ungdommen og voksenalderen kan være forårsaget af ontogenetiske fejltilpasninger i forbindelse med psykosociale udviklingskriser.

Melanie Klein, som også var psykoanalytiker og repræsentant for objektrelationspsykologien, tager i sine børneanalytiske teorier udgangspunkt i, at

---

alle spædbørn i de første måneder gennemlever både psykotiske og depressive konflikter, som skal overvindes for at opnå et normalt udviklingsforløb.

Klein henviser til, at barnet i det postnatale liv, altså lige efter fødslen, oplever en gennemgribende angsttilstand, som både stammer fra indre og ydre kilder. Ifølge Klein er dødsdriften den primære, indre kilde, som fremkalder angst for udslettelse, og bliver derved den vigtigste årsag til forfølgelsesangsten, hvorimod den første kilde til ydre angst kan relateres til selve fødselsoplevelsen (Klein, 1990, p. 27).

Donald Winnicott, som var uddannet børnelæge, psykoanalytiker og psykoanalytisk uddannet hos Melanie Klein, mente i modsætning hertil, at det primært er ydre kilder som overgangsfænomener og overgangsobjekter som eksempelvis moderens bryst, som hjælper barnet til at kunne håndtere frustrationen over, at objektet ikke er skabt af barnet selv og beror derfor på moderens evne til at præsentere verden for barnet. (Winnicott, 2003, p. 131). Winnicott begrundede denne antagelse med, at enten får barnet mulighed for at føle eller ikke føle brystet. Brystet bliver i denne sammenhæng ikke blot et symbol på handlen, men derimod en tilstand af væren i verden (Winnicott, 2003, p. 131).

I det følgende afsnit vil udvalgte områder af Klein og Winnicotts objektrelationspsykologiske teorier blive anvendt til forståelse af, hvordan fænomenet psykose og skizofreni kan forstås i et psykodynamisk perspektiv. De anvendte teorier har primært et fokus på, hvor der i de udviklingspsykologiske perioder ud fra en objektrelationspsykologisk tilgang, kan opstå sårbarheder for senere udvikling af psykopatologiske tilstande.

### **5.3 Melanie Kleins teori om den ”paranoidt-skizoide position”**

Melanie Klein opstillede den hypotese, at alle psykoseformer kan føres tilbage til barnets første udviklingsmåneder, og argumenterer for, at psykotiske forstyrrelser i voksenlivet kan fortolkes som en regression eller fiksering, der stammer fra den ”paranoidt-skizoide position”.

Klein mener, at der allerede fra fødslen eksisterer et rudimentært jeg, og at spædbarnets første ernæringserfaring og oplevelse af moderens bryst initierer en objektrelation til moders bryst, hvorved moderens bryst bliver barnets første partialobjekt (Klein, 1990, p. 28). Et partialobjekt henviser i denne sammenhæng til en del af en større helhed, f.eks. moderens bryst.

---

Ifølge Klein eksisterer der altid en form for interaktion mellem på den ene side de libidinøse og aggressive impulser og på den anden side livs- og dødsdriften. Klein mener i den forbindelse, at når barnet er i en spændingsfri periode, f.eks. er mæt eller tæt på moderen, er forudsætningerne for balance mellem libidinøse og aggressive impulser optimale, men forstyrres denne balance af indre eller ydre afsavn, skabes der ifølge Klein det, som hun betegner som grådighed. Grådighed er medvirkende til at fremprovokere frustrationer og aggressive impulser i barnet, og når disse aggressive indre bestanddele dominerer, opstår der en følelse af forfølgelsesangst og frustration (Klein, 1990, p. 28).

De libidinøse drifter er således forbundet med en tilfredsstillende af gode følelser. Klein antager i den forbindelse, at når barnet i sin relation til moderen gentagne gange oplever henholdsvis tilfredsstillende eller frustration, opstår der henholdsvis en kærligheds- eller hadrelation til det ydre objekt. Barnets relation til et partialobjekt i den postnatale periode bliver derved først og fremmest moderens bryst, som bliver gjort til genstand som enten et godt eller ondt bryst (Klein, 1990, p. 28).

Klein begrundet barnets infantile, manglende differentiering mellem godt og ondt med, at jeg'ets integration og spaltningsprocesser i jeg'et ikke er etableret fra fødslen, men successivt opbygges i løbet af barnets første tre til fire måneder (Klein, 1990, p. 28).

Ud over frustration og tilfredsstillende af ydre relationer antager Klein, at barnets indre psykiske processer veksler mellem introjektion og projektion. Barnet har i den forbindelse mulighed for at projicere sine libidinøse impulser til det gode bryst, men også at projicere og fæstne sine aggressive og destruktive impulser mod det onde bryst, og ud fra dette perspektiv mener Klein, at barnet både internaliseres et godt og ondt objekt af brystet ved hjælp af introjektion (Klein, 1990, p. 29).

Det, som ifølge Klein kan bringe barnet i en hallucinatorisk tilstand, er blandt andet intensiteten af det idealiserede bryst, og dets modsætningsforhold, som består i forfølgelsesangsten for at miste det gode bryst. Idealiseringen af det gode bryst bliver et forsvar mod forfølgelsesangst (Klein, 1990, p. 30).

Klein mener derfor, at barnet i denne idealiseringsproces reducerer frustration og angst for at miste det ydre gode bryst ved at genskabe en indre hallucination eller psykotisk forestilling om det gode bryst. Ifølge Klein beror denne mentale tilstand på en hallucination som er underlagt grådigheden, eksempelvis sult eller tørst. Den

---

hallucinatoriske tilstand vil derfor aftage over tid, når barnet igen bliver kaldt tilbage til verden på grund af fysiologiske behov, hvorved frustration og forfølgelsesangst igen vil opstå (Klein, 1990, p. 31).

Klein mener, at en forsvarsmekanisme som omnipotent kontrol over indre og ydre objekter spiller en afgørende rolle i denne hallucinatoriske tilstand, idet hallucinatoriske objektspløtninger ifølge Klein også er forbundet med de følelsesmæssige benægtelsesprocesser, som kan opstå i enhver traumatisk situation, hvor netop den omnipotente kontrol vil forsøge at udslette objektet eller den ubærlige følelse, som situationen har skabt. Klein henviser i den forbindelse til, at psykotiske tilstande som forfølgeshallucinationer kan være så omfattende og skræmmende oplevelser, at forsvarsmekanismerne mere eller mindre kan være destruerede (Klein, 1990, p. 31).

Derudover mener Klein, at ambivalens ofte er et udpræget fænomen i ”den paranoidt-skizoide position”, idet syntesen af de ambivalente følelser til partialobjektet tager afsæt i både kærlige og destruktive følelser i ét og samme objekt. Denne ambivalente følelse er grundlæggende forbundet med skyldfølelse og depressiv angst og udgør ifølge Klein en stor del af voksenalderens integration (Klein, 1990, p. 32).

Kleins objektrelationsteori tager således afsæt i, at når forfølgelsesangsten er reduceret, er spløtningen mindre omfattende, hvorved jeg’et til en vis grad og over tid vil være bedre i stand til at integrere sig selv og derved syntetisere positive følelser for objektet. Klein antager, at dette er en fundamental forudsætning for en normal livsudvikling (Klein, 1990, p. 32). De tidlige spløtningsmetoder i barnets første levemåneder vil ifølge Klein også kunne påvirke de senere stadiers fortrængningsformer, hvorved sårbarheder over for skizoide mekanismer er afhængige af, hvor gode objekter barnet oplever og fæstner sin tiltro til (Klein, 1990, p. 33).

#### **5.4 Donald Winnicott**

Winnicott antager i den forbindelse, at spædbarnet ikke formår at skelne skarpt mellem fantasi og kendsgerninger og heller ikke mellem indre og ydre objekter (Winnicott, 2003, p. 32). Ifølge Winnicott er spædbarnet ikke i stand til at gå fra lystprincippet til realitetsprincippet og derved overskride den primære identifikation, uden at barnet har en tilstrækkelig god mor (Winnicott, 2003, p. 37).

---

Winnicott henviser i den forbindelse til Freuds hypotese om lystprincippet og realitetsprincippet. Freud antager, at barnet primært er rettet mod at opnå lyst og undgå ulyst, og at denne regulering automatisk foregår gennem lystprincippet (Freud, 1994, p. 275). Under indflydelse af livets krav lærer barnet ifølge Freud at modificere og beherske lystprincippet og følge realitetsprincippet, der grundlæggende også ønsker at opnå lyst, men under hensyn til, hvad der er realistisk (Freud, 1994, p. 275).

En tilstrækkelig god mor er ifølge Winnicott den mor, som kan tilpasse barnets behov, men gradvis opbygger en behovsudsættelse og behovstilpasning, idet Winnicott antager, at den adækvate tilpasning, som barnet oplevede i den postnatale periode, er med til at skabe en illusion i barnet om, at moderens bryst er en del af barnet selv og derved under magisk kontrol. En god nok mor skal gradvist formå at desillusionere og frustrere barnet, men barnets illusion om brystet skal først være etableret for at denne udvikling kan forløbe succesfuld (Winnicott, 2003, p. 38).

I den forbindelse mener Winnicott, at barnet i starten ikke ved, hvad der skal skabes, men et subjektivt fænomen af brystet skabes i det øjeblik, moderen placerer det virkelige bryst lige der, hvor barnet er parat til at skabe det, og at mennesket fra fødslen derfor er optaget af forholdet mellem det objektivt perciperede og det subjektivt oplevede (Winnicott, 2003, p. 39).

Barnet kan ifølge Winnicott udvikle psykopatologiske lidelser såsom psykotiske og skizofrene lidelser, hvis barnet udvikler det, som han betegner som et "falsk selv" og ikke et "sandt selv". Et sandt selv skabes og udvikles i forbindelse med, at den gode-nok mor formår at håndtere spædbarnets omnipotens meningsfuldt og styrke barnets medfødte svage jeg (Winnicott, 2019, p.188).

Det sande selv udvikles ifølge Winnicott i den postnatale periode, hvor barnets omnipotens både forsøger at skabe og kontrollere sig selv og omverdenen. Winnicott mener derfor, at barnets illusioner og hallucinationer i denne periode gradvist må erkende det illusoriske i disse forestillinger (Winnicott, 2019, p.189). Men netop i denne proces, hvor erkendelsen eller en følelse finder sted mellem spædbarnet og objektet, forbindes barnet til objektet og skaber derved grundlaget for symboldannelse og det sande selv.

Det falske selv udvikles derimod, når den ikke gode-nok mor ikke evner at anderkende barnets infantile omnipotens, altså overgangen fra lystprincippet til realitetsprincippet, men i stedet insisterer på sine egne principper. Denne manglende



---

adækvate tilpasning kan på grund af barnets eksistentielle afhængighed af moderen medføre, at barnets føjelighed på dette stadie udvikler sig til det, som Winnicott betegner som et falsk selv. Et kendetegn ved det falske selv er ifølge Winnicott, at det sande selv er mere eller mindre fortrængt, hvorved spontaniteten hos barnet ikke længere tager afsæt i barnets livsoplevelser, men derimod i barnets føjelighed og tilpasning i form af imitation. Når barnets tilpasning af ydre objekter går i stå, mener Winnicott, at barnet isolerer sig fra omverdenen, men lever falsk (Winnicott, 2019, p.190).

En sådan afspaltet føjelighed af selvet vil ifølge Winnicott kunne afstedkomme psykopatologiske tilstande i form af psykotiske lidelser som skizofreni, fordi det sande selv er totalt udelukket fra et autentisk forhold til virkeligheden (Winnicott, 2019, p.195). Winnicott mener ligeledes, at det ikke er muligt at differentiere skarpt mellem de forskellige psykotiske lidelser, idet psykoser ofte repræsenterer en organisation af forsvar, og bag disse organiserede forsvar lurer et integrationssammenbrud (Winnicott, 2019, p. 84). Winnicotts hypotese tager afsæt i, at hvis mennesket ikke evner at leve et liv mellem drøm og virkelighed, kan der opstå en splittelse mellem det sande selv og det falske selv (Winnicott, 2019, p.195).

Ud fra et psykodynamisk perspektiv kan psykopatologiske psykotiske lidelser i voksenlivet med afsæt i Kleins hypotese om ”den paranoidt-skizoide position”, fortolkes som både et resultat af en eller flere mislykkede spaltningsstrategier, og som et maladaptivt forsøg på en idealisering af det ”gode bryst” mod forfølgelsesangst, da den omnipotente kontrol ikke formår at opretholde illusionen om det gode bryst.

Kleins hypotese er derfor, at hvis spædbarnet overeksponeres med destruktive impulser såsom paranoid angst, forøges barnets frustrationer fra ydre kilder, hvorved moderens bryst forvandles både udvendigt og indvendigt til et ondt objekt. Under dårlige opvækstvilkår antager Klein ligeledes, at selv en retrospektiv oprettelse af et godt objekt ofte ikke kan mortificere en traumatisk barndoms oplevelse. I den forbindelse antager Klein, at introjektionen af analytikerens som et godt objekt, når det ikke er forbundet med idealisering, til en vis grad kan erstatte det tabte, hvilket også kan gøre sig gældende i behandling af personer med psykotiske lidelser (Klein, 1990, p. 141).

---

Når det ikke handler om svære patologiske organiske psykoser antager Winnicott, at psykoser kan relateres til elementer i menneskets personlighed og eksistens.

Winnicott er derfor af den opfattelse, at nogle mennesker med psykoser og skizofreni kan leve et tilfredsstillende liv, men antager dog også, at nogle psykotiske tilstande kan være så fast forankret i den objektive perciperede virkelighed, at de er blevet adskilt fra den subjektive verden, hvilket kan medføre en maladaptiv adfærd til virkeligheden (Winnicott, 2003, p. 111).

Ifølge Winnicott er hallucinationer og psykotiske fænomener udelukkende det, som kan skabes i det vågne liv, hvorved det at hallucinere og blive psykotisk, ikke i sig selv nødvendigvis skal betragtes som et patologisk fænomen. Fænomenet psykose og hallucination bliver derfor, ud fra det vi antager for at være en skizofrenilidelse hos voksne, kompatibel med de symptomer eller fænomener, vi kan observere hos spædbørn. Forskellen er her, at når det handler om børn, vil vi ikke karakterisere disse børn som skizofrene (Winnicott, 2003, p. 111).

Fænomenet psykose vil ud fra et psykodynamisk perspektiv og med afsæt i Winnicotts antagelser sammenholdt med Thorgaards psykodynamiske psykoseforståelse, også kunne fortolkes som en maladaptiv mestringsstrategi, hvor de psykopatologiske symptomer kan forstås som en beskyttelse mod noget, der er endnu værre.

Ifølge Thorgaards psykodynamiske forståelse af psykose, kan psykotiske symptomer betragtes som kreative livsytringer, hvor fortællingen af symptomer i sig selv, bliver en historie om en mestringsstrategi, hvorved denne fortælling ofte kan være svær at fortolke, fordi symptomet på én og samme tid, både fortæller og forsøger at skjule den sande historie (Thorgaard, 2009, p. 36).

Winnicotts hypotese om barnets udvikling af det sande og falske selv, bliver fortolket ud fra et noget anderledes perspektiv af Daniel N. Stern, som var amerikansk læge, professor i psykiatri og psykoanalytiker og repræsentant for selvpsykologien. Stern antager, at vi reelt set ikke kan vide noget om spædbørns subjektive oplevelser, og derfor er nødt til at tage udgangspunkt i arbejdshypoteser (Stern, 2000, p. 44).

I det følgende afsnit vil Daniel N. Sterns arbejdshypotese om selvet blive anvendt til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra et selvpsykologisk og psykodynamisk perspektiv. Dette sker med udgangspunkt i Sterns teoretiske værk ”Spædbarnets interpersonelle verden”.

---

#### 5.4 Daniel N. Stern

Sterns interesse for de psykologiske aspekter i selvet og dets grænser, tager blandt andet afsæt i den filosofiske tænkning om menneskets natur. Fornemmelsen af et selv og af den anden udgør ifølge Stern universelle fænomener, som har en dybt forankret indflydelse på vores civilisation og sociale oplevelser (Stern, 2000, p. 45).

Sterns arbejdshypotese om spædbarnets subjektive sociale oplevelser tager udgangspunkt i, at vi psykologisk udvikler en autentisk fornemmelse af et selv som en enkelt særskilt integreret enhed, som eksempelvis både kan udføre handlinger, opleve følelser og videregive sproglige oplevelser. Denne subjektive organisering og fornemmelse af selvet, er ifølge Stern ofte ubevidst, men kan bevidstgøres, hvorved fornemmelsen af et unikt selv skabes (Stern, 2000, p. 45).

Stern mener, at spædbørns fantasiliv efter fødslen er optaget af hændelser, der faktisk har fundet sted, og ikke ønskeopfyldelse eller fantasier. Stern understøtter disse antagelser med, at de forførelser som Freuds klienter kunne beskrive, tog afsæt i reelle hændelser på dette livsstadium hvor de havde fundet sted (Stern, 2000, p. 51).

Sterns hypotese er derfor, at barnet er en fremragende realitetstester, idet virkeligheden ikke er forvrænget af defensive grunde i spædbarnets første levemåned. Vrangforestillinger, spaltning eller paranoide fantasier kan ikke kan fortolkes som psykotiske fænomener i spædbarnsperioden, der ifølge Stern omfatter de første 18-24 måneder (Stern, 2000, p. 51). Psykotiske tilstande kan ud fra Sterns arbejdshypotese først tænkes at opstå i forbindelse med barnets tilegnelse af symbolisering gennem sproget, når spædbarnsperioden ophører (Stern, 2000, p. 51). Sterns grundantagelse bygger på, at eksistensen af fornemmelsen af et selv, dannes og udvikles før selvbevidstheden og sproget etableres (Stern, 2000, p. 46).

Sterns arbejdshypotese om selvet handler om de områder af selvet som kan blive alvorligt skadet og forstyrret i en sådan grad, at de normale sociale funktioner vil kunne føre til omfattende sindssygdomme og psykotiske tilstande eller tab af evnen til socialisering (Stern, 2000, p. 47).

Sterns hypotese tilskriver modsat Freud og Eriksons antagelser om barnets overgangsfaser, at barnets udviklingsforandringer ikke er overgangsfaser med specifikke udviklingsopgaver. Barnets udviklingsforandring erhverves derimod ud fra Sterns arbejdshypotese gennem dets sociale oplevelser og fornemmelse af selvet under disse sociale forandringsprocesser (Stern, 2000, p. 51).

---

Stern henviser i den forbindelse til fire forskellige fornemmelser af selvet, der defineres som fornemmelsen af et emergent selv som dannes fra fødslen og frem til to måneders alderen, fornemmelsen af et kerneselv, som dannes i tidsperioden fra to til seks måneders alderen, fornemmelsen af et subjektivt selv, som udvikles i mellem den syvende og femtende måned, og fornemmelsen af et verbalt selv som udvikles og dannes efterfølgende.

Stern pointerer i den forbindelse, at disse selvforbyggelses processer ikke skal betragtes som successive faser, der afløser hinanden. Når først den enkelte selvforbyggelse er dannet, vil den forblive aktiv igennem hele livet og derved fortsætte med at udvikle sig og sameksistere (Stern, 2000, p. 51).

### **Det emergente selv**

Fornemmelsen af et emergent selv er ifølge Sterns arbejdshypotese relateret til spædbarnets første levemåneder, hvor barnets sociale samspil og medfødte færdigheder skaber en fornemmelse af en integrativ integritet til omverden.

Barnets fornemmelse af det, Stern også kalder det emergente relateringsdomæne, beror på barnets målrettede sociale færdigheder til at sikre sociale samspil. Disse samspilsformer bliver etableret ud fra barnets medfødte egenskaber til at fremkalde perceptioner, sensomotoriske hændelser og andre kognitive fænomener såsom erindringer, og omfatter derfor ikke et enkelt organiserende subjektivt perspektiv (Stern, 2000, p. 70). Ifølge Stern har spædbarnet i de første to måneder separate og usammenhængende oplevelser indtil næste udviklingsforandring indtræffer.

Spædbarnet befinder sig derfor i det Stern kalder en slags præsocial, prækognitiv og præorganiseret livsfase (Stern, 2000, p. 79).

### **Kerneselv**

Fornemmelsen af et kerneselv tager udgangspunkt i barnets interpersonelle forandringer. I denne periode antager Stern derimod, at barnet kun har ét organiserende subjektivt perspektiv, som primært er rettet mod selvet og den-anden. Når disse forandringer udvikles, ændres barnets subjektive sociale verden, hvorved barnets interpersonelle oplevelser opererer ud fra et andet perspektiv og domæne, som Stern i den forbindelse kalder et kernerelateringsdomæne (Stern, 2000, p. 68).

Under denne udviklingsmæssige forvandling fra et emergent selv til kerneselvet, antager Stern, at barnet fornemmer en fysisk adskillelse fra moderen, idet barnet begynder at erkende, at moderen kan have særskilte intentioner og oplevelser (Stern,

---

2000, p. 68). Stern henviser til fire områder der kendetegner barnets kerneselv: Selv-handel, som tager afsæt i barnets fornemmelse og kontrol over selvgenererede handlinger, selv-sammenhæng kendetegnes ved en fornemmelse af at være en fysisk helhed som ikke er fragmenteret, selv-affektivitet som omhandler barnet strukturelle fornemmelser af indre følelser, der også er forbundet med andre oplevelser af selvet, og selv-historie som henviser til en fornemmelse af kontinuitet i tid og sted, idet barnet begynder at fornemme regelmæssigheder og hændelsesforløb, men oplever trods disse forandringer at forblive sig selv (Stern, 2000, p. 115).

Stern beskriver, at disse fornemmelser og selvoplevelser af et kerneselv kan ses som en selv-invariant, hvor begrebet invariant skal fortolkes som noget, der ikke forandres på trods af alt det, der forandres (Stern, 2000, p.116).

### **Det subjektive selv**

Imellem de syvende og niende levemåneder antager Stern, at spædbarnet begynder at udvikle et andet organiserende subjektivt perspektiv på selvet. Denne udvikling påbegyndes i forbindelse med, at barnet opdager, at der også eksisterer andre psykiske fænomener ud over barnet selv. Det fysiske nærvær og kontinuitet er nu ikke længere ifølge Stern, kernen i barnets liv. Nye fornemmelser af et subjektivt selv begynder derfor at dominere barnets kvalitative fornemmelse af selvet. Følelser og intentioner bliver centrale aspekter, som giver muligheder for intersubjektivitet, hvorved mentale tilstande kan afstemmes eller fejlafstemmes (Stern, 2000, p. 69).

Fornemmelsen af empati fra omsorgspersonen får i denne periode en central betydning, idet Stern antager, at empati fra omsorgspersonen i form af beroligende adfærd i det rette øjeblik ikke bliver registreret i de første relateringsdomæner. Derimod begynder spædbarnet i forbindelse med en fornemmelse af det subjektive selv at fornemme den indføling og empatiske intention, der udvises fra omsorgspersonen, hvorved barnets psykiske forbundethed til omsorgspersonen også bliver genstand for barnets oplevelse af empati (Stern, 2000, p. 173).

Stern betegner udviklingsperioden af det subjektive selv, som den periode hvor intersubjektiv relatering tager afsæt i fælles opmærksomhed og hensigter samt det at kunne dele affektive tilstande (Stern, 2000, p. 176).

---

### **Det verbale selv**

I forlængelse af dannelsen af det subjektive selv udvikles ifølge Stern's arbejdshypotese en fornemmelse af det verbale selv, hvorved der opstår nye organiserede subjektive perspektiver og relateringsdomæner.

Det verbale selv gør barnet i stand til at dele bevidste oplevelser, der tidligere var ukendte, og er ligeledes i stand til at konstruere en fortælling om sine egne livsoplevelser (Stern, 2000, p. 211). Som tidligere beskrevet, antager Stern, at når først den enkeltes selvforfølelse er dannet, vil den forblive aktiv igennem hele livet. Det får derved den betydning, at sproget kun i begrænset omfang er i stand til at redegøre for, hvad der virkelig er sket, hvorved de fornemmelser som er sameksisterende på andre domæner kan føre til en følelse af fremmedgørelse (Stern, 2000, p. 211).

Ifølge Stern kan der i forbindelse med udviklingen af det verbale selv opstå en splittelse i oplevelsen af selvet, idet sproget flytter relateringen fra det personlige umiddelbare niveau over til et mere upersonligt og abstrakt niveau, som implicit ligger i sproget. Dannelsen af det verbale selv ændrer derved også fornemmelsen af barnets selvopfattelse, fordi sproget er medvirkende til at gøre selvet til genstand for refleksion samt gøre barnet i stand til at deltage i symbolske handlinger, såsom leg og imitation (Stern, 2000, p. 214). Sproget bliver således også det medium hvor igennem misforståelser af virkeligheden bliver en mulighed, men ifølge Stern også det medium, hvor sproglige misforståelser er med til at motivere barnet til bedre at lære sprogets symbolske betydning (Stern, 1999, p. 187).

Psykopatologiske tilstande som psykose og skizofreni kan, ifølge Sterns arbejdshypotese, forekomme senere i barnets udviklingsforløb, hvis de fire selvoplevelser i kerneselvet ikke er blevet tilstrækkeligt godt integreret. Stern antager, at hvis kerneselvets selv-handlen er dysfunktionel, kan det medføre symptomer på katatoni og paranoide tilstande, hvor selvet oplever at kontrollen er overtaget af andre (Stern, 2000, p. 215).

I forbindelse med udredning af psykopatologiske lidelser er katatone symptomer et centralt diagnostisk kriterie for diagnosen kataton skizofreni. Det katatoniske symptombillede er kendetegnet ved psykomotoriske forstyrrelser, som kan variere mellem yderligheder fra hyperkinesi og stupor tilstande til følelsen af påtvungne

---

legemsstillinger (ICD-10, p.69). Derudover er førsterangs symptomer (FRS), i form af styringsoplevelser, jævnfør de symptomer Schneider også antog var kendetegnende for skizofreni, også et særpræg.

Dysfunktionel selv-sammenhæng og kontinuitet i kerneselve, mener Stern også kan forårsage patologiske tilstande i form af depersonalisering, idet han påpeger, at en fornemmelse af et kerneselv er en fundamental fornemmelse af, at noget er, til forskel fra en fornemmelse af, ”som om” (Stern, 2000, p. 215).

Det er kendetegnende for depersonaliseringstilstande, der også kan fortolkes som dissociative tilstande er, at de kan fluktuere i et spektrum fra psykotisk til svære psykotiske tilstande (Møhl, 2017, p. 442). Stern antager ligeledes, at manglende selv-affektivitet kan føre til psykopatologiske tilstande såsom anhedoni (Stern, 2000, p. 215). Anhedoni henviser til en psykisk forsænket grundstemning, med en ofte ubevidst subjektiv følelse af nedtrykthed. Denne sindstilstand er særligt fremtrædende hos mennesker, som har svært ved at tænke eller tale om deres følelsesliv (Mors & Nordentoft, 2016, p. 43). Anhedoni bliver også forbundet med negative symptomer eller diagnosen dysthymi, som er en kronisk depressiv tilstand, hvor symptomerne på depression dog ikke er tilstrækkelige til at berettige diagnosen depression (ICD-10, p. 94).

Stern finder det problematisk kun at fokusere på en psykoanalytisk forståelse af psykopatologiske fænomener, da der i den forbindelse arbejdes bagud i tid. Dette medfører ifølge Stern, at sygdomsbaserede kliniske psykopatologiske problemstillinger hos voksne, bliver fortolket ud fra en retrospektiv udviklingsmæssig fase eller position i barnets tidlige udviklingsforløb. Stern henviser til, at hans arbejdshypotese om selvet er prospektiv frem for retrospektiv og skal forstås ud fra et normativt perspektiv og ikke patomorf, hvor begrebet patomorf omfatter de områder som primært beskæftiger sig med diagnoser (Stern, 2000, p. 61). Sterns hypotese om barnets udvikling af selvet tager således ikke afsæt i særskilte epoker i barnets udviklingsforløb, hvor kriser og konfrontationer med omgivelserne er afgørende for barnets udvikling, som Freud og Erikson fremhæver.

Stern antager derimod, at når først domænerne er dannet vil de løbende udvikle sig, og altid eksistere som særskilte måder at opleve selvet på, også i voksenlivet. Stern understreger denne forskel ved at anvende begrebet relateringsdomæner fremfor faser eller stadier (Stern, 2000, p. 74).

---

Selvom Stern tydeliggør, at der ud fra hans hypotese ikke er tale om faseovergange, antager han dog, at de formative relateringsdomæner også rummer sensitive udviklingsperioder, hvor integrationen af oplevelser på alle domæner af subjektive sociale oplevelser er betydningsfulde, hvis selvoplevelsesdomænerne skal dannes (Stern, 2000, p. 76). Når psykopatologiske fænomener som psykose og skizofreni, kan relateres til en dysfunktionel dannelse af kerneselve kan det begrundes med, at Stern antager, at spædbarnet i dannelsen af kerneselve omkring to-tre måneders alderen begynder at være et helt funktionelt fungerende barn.

Stern antager i den forbindelse, at alle barnets handlinger, planer, affekter, perceptioner og kognitioner nu kan tages i brug (Stern, 2000, p. 113). Stern begrundes denne hypotese med, at barnet på dette relateringsdomæne nu formår at nærme sig interpersonelle relationer til andre. Barnet har et organiserende perspektiv på kontinuitet som bidrager til følelsen af et integreret selv, og er i stand til at fornemme andre mennesker som særskilt fra dem selv (Stern, 2000, p. 113). Med afsæt i Sterns hypotese og ud fra et psykodynamisk perspektiv, er det nærliggende at forbinde psykotiske og skizoide tilstande med et dysfunktionelt kerneselve, idet mange psykotiske og skizoide tilstande grundlæggende er forbundet med dysfunktionelle interpersonelle relateringer til omverden.

En psykodynamisk orienteret tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni kan således fortolkes ud fra mange psykodynamiske arbejdshypoteser og teorier. En opsummering af de ovenfor beskrevne teorier kan kort beskrives således: Freud antager, at psykotiske tilstande kan forklares ved, at jeg'ets libido vender sig bort fra den ydre verdens realitet og skaber en indre psykisk realitet og spænding i jeg'et, som kan føre til sindssygdomme (Freud, 1994, p. 401).

Erikson henviser derimod til, at mangel på basal tillid kan skabe en så alvorlig fremmedgørelse, at der kan opstå psykotiske tilstande (Erikson, 1997, p. 92).

Klein henviser til, at spaltningsmetoder i barnets første levemåned kan påvirke de senere stadiers fortrængningsformer, hvorved sårbarheder over for udviklingen af skizoide symptomer er afhængige af, hvor gode objekter barnet oplever og fæstner sin tiltro til (Klein, 1990, p. 33). Winnicott argumenterer for, at psykopatologiske psykotiske lidelser kan opstå, hvis barnet udvikler et "falsk selv", hvor et "sandt selv" skabes og udvikles i forbindelse med, at den gode-nok mor formår at håndtere



---

spædbarnets omnipotens meningsfuldt og styrke barnets medfødte svage jeg (Winnicott, 2019, p.188).

Ud fra Sterns hypotese kan psykopatologiske tilstande som psykose og skizofreni forekomme senere i barnets udviklingsforløb, hvis de fire selvoplevelser i kerneselvet ikke er blevet tilstrækkeligt godt integreret (Stern, 2000, p. 215).

Selvom de psykodynamiske teorier og hypoteser har vidt forskellige antagelser om, hvordan psykotiske lidelser kan opstå, er der en forholdsvis samstemmende enighed om, at barnets interaktion med omverdenen er medvirkende til at determinere barnets psykiske liv og handlinger i forskellige retninger. Den psykodynamiske tilgang til en forståelse af psykose og skizofreni har haft et fokus på de dynamiske psykologiske processer, som kunne formodes at forårsage psykotiske psykiske tilstande. Men hvad indebærer det, at et fænomen kan være psykisk? Den antropologiske tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni drejer sig om at få en forståelse for det særligt menneskelige, psykologisk set, altså hvordan psykens forbundethed, den frie vilje, bevidsthed og selvet kan fortolkes, og derved bidrage til en forståelse for, hvorfor den særlige menneskelige psyke kan blive psykotisk.

Dette sker med henblik på en samlet diskussion af, hvordan psykose og skizofreni kan forstås ud fra et psykodynamisk og antropologiske psykologiske perspektiv.

I det følgende afsnit redegøres der for udvalgte emner af Bertelsens antropologisk psykologiske teorifremstilling, hvor psykens forbundethed, den frie vilje, bevidsthed og selvet udgør de centrale emner.

Den antropologiske psykologiske teorifremstilling tager derfor, modsat den psykodynamiske tilgang, udgangspunkt i en virksomhedsteoretisk psykologisk forståelse af den menneskelige virksomhed.

De virksomhedsorienterede psykologiske teorier tager blandt andet udgangspunkt i, at den menneskelige psykiske ontogenese opstår gennem individets virksomhed, hvorved psyken skabes imellem den virksomhed, der medierer mellem den ydre og indre verden (Christensen, 2014, p.84). Ud fra dette perspektiv skal mennesket, ifølge Gerd Christensens psykologiske teorifremstilling af psykologiske virksomhedsteorier, forstås som et aktivt handlende subjekt, der både former og formes af sin omverden i et dialektisk samspil (Christensen, 2014, p.84).

---

En tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra et antropologisk psykologisk perspektiv tager således afsæt i Bertelsens dynamiske modeller om det, som kendetegner det særligt menneskelige, psykologisk set.

## **4. Antropologisk del**

### **6. Antropologisk psykologi**

#### **6.1 Psykens forbundetheds niveauer**

Ifølge Bertelsen fremstilling af psykens forbundethed, kan den måde, som dyr kan være forbundet med verden på, forklares ud fra de begreber, Bertelsen kalder interface og interspace. Interface kan forstås som den måde, hvorpå en plante biokemisk via sollys opnår en tilstandsforandring uden at gøre sig forestillinger om verden, hvorimod interspace er, når dyr må bevæge sig mod et objekt (Bertelsen, 2003, p.94). Forskellen på dyr og planter er således, at planter udelukkende er funktionelt forbundet via interface, hvorimod dyrs organisme er opbygget konstitutionelt og funktionelt som planters interface, men de er også organiseret, så de intentionelt er forbundet i interspace, idet objektet er adskilt fra dyret i tid og rum (Bertelsen, 2003, p.95). Herunder kan intentionalitet betragtes ud fra to perspektiver, dels som det, Bertelsen kalder at være om noget "aboutness", og dels som det at have en hensigt med noget (Bertelsen, 2003, p.95). Bertelsen mener dermed, at en egentlig adfærdsmæssig forbundethed med psykiske kvaliteter først opstår, når organismens selvaktivitetsprincipper og selvorganisering af egne konstitutive funktionaliteter forbindes med en selvaktiv, målsøgende adfærd (Bertelsen, 2003, p.100). Når det omhandler mennesket, henviser Bertelsen til en handlingmæssig forbundethed, som adskiller sig fra en adfærdsforbundethed. Handlingsprincipperne for handlingmæssig forbundethed er ifølge Bertelsen forbundet med eksempelvis tanker, følelser, intentioner og fornemmelser for, hvad vi skal eller bør gøre i forskellige situationer (Bertelsen, 2003, p.100). Bertelsens hypotese er, at et selvaktivt adfærd konstitueres af ikke selvaktive funktionale processer, men ved organisering af de ikke-selvaktive processer kan de hæves op på højere niveauer, hvorved den særligt menneskelige psyke kan forklares (Bertelsen, 2003, p.101). I forbindelse med en psykes forbundethed til verden henviser Bertelsen til det, som han kalder konstituerende opadrettet kausalitet og organiserende nedadrettet kausalitet. Opadrettet kausalitet henviser til de neurale hjerneprocesser, som danner

---

eksistensgrundlaget for psykiske processer og derved psyken, hvorimod nedadrettet kausalitet ifølge Bertelsen tager sig mystisk ud, men henviser til, at vi må acceptere nedadrettet kausalitet som et basalt epistemologisk fænomen, som dækker over basale ontologiske kendsgerninger (Bertelsen, 2003, p.103).

Bertelsen redegør for tre former for nedadrettet kausalitet i sin teori om psykens forbundetheds niveauer (Bertelsen, 2003, p.103). De tre former for nedadrettet kausalitet begrebsliggør Bertelsen som 1) en stærk nedadrettet kausalitet, som kausalt kan forandre entiteter på lavere niveauer, 2) en svag nedadrettet kausalitet, som ikke formår at ændre fundamentalt på nogle forhold 3) en medium nedadrettet kausalitet, som er organiseret efter det, Bertelsen kalder for nonalgoritmiske principper, da det ikke er muligt at bedømme selve udfaldet på dette niveau (Bertelsen, 2003, p.p.104-105).

Ud fra Bertelsens teorifremstilling om psykens forbundetheds niveauer kan de kognitive forstyrrelser, som er kendetegnende for psykotiske tilstande og skizofreni, på mange områder relateres til teorien om op- og nedadrettet kausalitet, idet nyere forskningsundersøgelser af personer med skizofreni har kunnet dokumentere, at personer med hallucinationer grundlæggende har nedsat top-down kontrol, sammenholdt med personer uden psykotiske symptomer. (Rominger, Bleier, Fitz, Marksteiner, Fink, Papousek, & Weiss, 2016, p. 195).

Top-down og bottom-up teorier tager afsæt i kognitionspsykologiske teorier om, at mentale psykologiske processer på højere niveauer medvirker til genkendelse og identificering af objekter, og at disse processer etableres gennem vores erfaring og den forventning, som opstår i mødet med objektet (Matlin, 2009, p.46).

Bottom-up processer omhandler de sensoriske aspekter, som er medvirkende til at genkende et objekt via fysiske stimuli fra det ydre miljø. Disse sensoriske oplysninger videregives derefter til højere og mere sofistikerede niveauer, blandt andet perceptuelle systemer, som netop omfatter behandlingen af disse sensoriske stimuli via top down processer (Matlin, 2009, p.46). Kognitionspsykologien antager derfor, at både bottom-up og top-down processer er en forudsætning for en tilgang til en forståelse af den kompleksitet, der ligger bag genkendelse af objekter (Matlin, 2009, p.47).

At nedsat nedadrettet kausalitet kan være forbundet med psykotiske tilstande, er således også i god overensstemmelse med Cullbergs henvisninger til, at personer

---

med skizofreni ofte udviser nedsat bearbejdning af ydre indtryk, udholdenhed i opmærksomhed samt hukommelsesforstyrrelser (Cullberg, 2001, p.187).

Til en forståelse af den frie vilje redegøres der i nedenstående afsnit for nogle af de forudsætninger, som Bertelsen antager må være tilstede, når det omhandler den frie vilje. Formålet er at få en forståelse for, hvordan den frie vilje kan formodes at influere på psykotiske tilstande.

I Bertelsens antropologiske, psykologiske fremstilling om højniveauspsykologiske principper redegøres der for den frie vilje. Bertelsens grundantagelse om den frie vilje er, at personen skal kunne holdes ansvarlig for sine handlinger uden ydre eller indre tvang (Bertelsen, 2003, p.110).

## **6.2 Den frie vilje som nedadrettet organisering**

Bertelsens teorifremstilling om den frie vilje tager afsæt i en teoretisk forståelse af dette fænomen ud fra tre variationer og niveauer af nedadrettet kausalitet og organisering. I den svage version af nedadrettet vilje har viljen ingen selvstændig eksistensgrundlag, idet adfærdsmåden beror på spontanitet og impulsivitet uden et overordnet organiseret perspektiv eller autenticitet (Bertelsen, 2003, p.122). I modsætning til den svage nedadrettede vilje, er den stærke version i besiddelse af en autentisk viljestyrke, som underkender legemets fysiske konstitutioner og begærlige tilbøjeligheder, således at det er viljen og fornuften, som har kontrollen og magten (Bertelsen, 2003, p.123).

I den tredje version af viljen som et nedadrettet organiseret fænomen henviser Bertelsen til en medium-version. Denne version af vilje tager afsæt i, at vores eksistens er konstitueret ud fra en forbundethed til verden. Fornuft og vilje er underlagt begrænsede frihedsgrader, idet vores eksistensgrundlag er afhængig af den organisering, som kan skabes via sociale relationer med omverdenen (Bertelsen, 2003, p.124). Bertelsen antager, at *"Viljen er den styrke og (medium) organisation, hvormed vi retter os mod/af noget"* (Bertelsen, 2003, p.124).

Oplevelsen af at være rettet mod/af noget er ofte et almindeligt psykotisk fænomen, som optræder i forbindelse med skizofreni. Det er subjektive styringsoplevelser, hvor personen oplever, at andre har overtaget personens magt og vilje, eksempelvis i form af påførte handlinger (Mors, 2016, p.41). Disse former for vrangforestillinger beror på en urokkelig overbevisning om, at personens viljestyrke er underlagt eller

---

overtaget af andre personer eller objekter. I forbindelse med psykotiske lidelser har nyere undersøgelser kunnet dokumentere, at følelsen af en fri vilje kan være forbundet med mindre alvorlig psykopatologi, især positive symptomer, som omfatter auditive og visuelle hallucinationer (Mamani, Grak, Maura, Andino, Weintraub & Mejia, 2016, p.161).

Det at være rettet mod/af noget er ifølge Bertelsens også ensbetydende med en bevidsthed om noget, idet bevidstheden altid er intentionelt rettet mod/af noget, der altid omhandler noget (Bertelsen, 2003, p.133).

### **6.3 Bevidsthed**

Bertelsen antager i den forbindelse, at det centrale ved bevidstheden er dens fænomenologiske grundkvaliteter, som viser sig på den måde, hvorpå et fænomen fremtræder, eksempelvis en bil og dens farve (Bertelsen, 2003, p.136).

Bertelsen betegner denne bevidste grundkvalitet som ”qualia”. Qualia henviser til de fænomenale kvaliteter, som der rettes en opmærksomhed imod i en bevidsthedstilstand til forskel fra en bevidstløs tilstand (Bertelsen, 2003, p.136).

At der er noget, som retter sig mod verden, betegner Bertelsen som førstepersonperspektivet, hvorved dette subjektive perspektiv bliver intentionelt bevidst, altså en forbundethed set indefra-og-ud (Bertelsen, 2003, p.136). Bertelsen henviser også til et såkaldt tredjepersonperspektiv, som ikke er subjektivt, og hvorfra verden erkendes objektivt. Ud fra tredjepersonsperspektivet stræbes der efter at opnå en viden om, hvordan verden fremstår for enhver, uagtet individuelle subjektive antagelser (Bertelsen, 2003, p.137).

Bertelsen mener således, at den menneskelige bevidstheds ontogenese udvikles i barnets første leveår, hvor de første objekter for barnet får en betydningsfuld resonans for barnet på to måder, da objektet, eksempelvis morens bryst, både kan benyttes, men også benyttes på en bestemt måde (Bertelsen, 2003, p.159).

I begyndelsen retter det nyfødte barn sin opmærksomhed, ifølge Bertelsen, primært mod objektets betydning, men gradvist mestrer barnet også at rette sin opmærksomhed mod objekterne ud fra en både meningsfuld og betydningsfuld bevidsthed (Bertelsen, 2003, p.159). I den forbindelse mener Bertelsen, at barnet formår at fastholde den betydningsmæssige realitet, som objektet udgør, hvilket Bertelsen begrundes med, at barnet begynder at lege med objekterne på en ”som-om”

---

måde, - f.eks. at sutten er et bryst, men hvor barnet er bevidst om, at sutten ikke er et bryst (Bertelsen, 2003, p.159).

Mister barnet derimod forståelsen for objektets faktuelle betydning, mener Bertelsen, at det kan bringe barnet i en hallucinatorisk tilstand, idet barnets betydningsrettede forbundethed til verden ikke skabes af barnet selv, men er forudbestemt (Bertelsen, 2003, p.160).

Bertelsens antagelser om bevidsthedens ontogenese tager afsæt i tre udviklingslinjer. Den første omhandler barnets første 0-18 måneder, som han kalder den gryende betydningsrettede intentionalitet. Her er barnet primært rettet mod ”noget” eller andres adfærd (Bertelsen, 2003, p.162).

Det næste stadie er fra halvandetårsalderen frem til fireårsalderen. Bertelsen betegner denne periode som den fuldbyrdet betydningsrettede og gryende meningsrettede intentionalitet. Rettetheden er her på et mere avanceret niveau og henviser til barnets rettethed mod noget, men også en mod/af rettethed. Barnet formår eksempelvis at rette sin opmærksomhed mod andre, men også langsomt at forstå intentionen fra andres meningsrettede intentionalitet (Bertelsen, 2003, p.163).

I det sidste stadie henvises der til barnets fuldbyrdede, meningsrettede intentionalitet, hvor rettetheden her er organiseret ud fra det, som Bertelsen betegner som den modeldannende bevidsthed. Denne form for bevidsthed er ifølge Bertelsen konstitueret af faktuelle modeldannelser, idet barnet nu formår at abstrahere fra egne og andres handlinger. Barnet evner nu selv at fastholde den betydningsmæssige realitet, som objektet udgør, hvilket betyder, at barnets abstraktionsevne gør barnet i stand til at forstå, at en anden person godt kan lege, at sutten er en kop (Bertelsen, 2003, p.163).

Barnet begynder nu ifølge Bertelsen at udvikle selvets intentionelle struktur, hvorved måden at være en ”nogen” på kan relateres til et førstepersonsperspektiv, hvilket Bertelsen begrebsliggør med begrebet selvet.

Selvets intentionelle struktur bliver ifølge Bertelsen fortolket ud fra to perspektiver, hvor det både kan ses som et indefra-og-ud- og ligeledes udefra-og-ind perspektiv (Bertelsen, 2003, p.169).

#### **6.4 Selvets fænomenologiske struktur**

Bertelsens grundantagelser om selvet tager afsæt i, at selvet kun eksisterer i forbundethed og kun udvikler sig i forbundethed. Bertelsen skelner i den forbindelse

---

mellem selvets væren og tilblivelse ud fra fire forskellige perspektiver, som omhandler førstepersonperspektivet, andenpersonperspektiver, nultepersonperspektiver og tredjepersonperspektiver (Bertelsen, 2003, p.170). Selvet kan ud fra førstepersonperspektivet opdeles i to niveauer, som Bertelsens begrebsliggør som selvet af første orden og selvet af anden orden. Selvet af første orden er det ikke-selvreflekterende bevidst intentionelle forbundne selv, men er det selv som har rettet sin opmærksomhed umiddelbart mod/af noget (Bertelsen, 2003, p.171). Bertelsen henviser til, at når man befinder sig på dette niveau, er der tale om en tilstand af umiddelbar væren (Bertelsen, 2003, p.172). Selvet af anden orden er det selvbevidst reflekterende selv, som er bevidst om sin væren i verden, og hvordan andre opfatter eller retter sin opmærksomhed mod én (Bertelsen, 2003, p.172). Andenpersonperspektiver indbefatter ifølge Bertelsens de perspektiver, hvor det at være forbundet med et andet menneske kun kan skabes i den forbundethed, der etableres ud fra førstepersonperspektivet, hvorfra en stor del af vores personlighed udfolder sig og udvikles (Bertelsen, 2003, p.170).

Det, som Bertelsen derimod forbinder med et nultepersonperspektiv, er den forbundethed til noget, som ikke selv har et førstepersonperspektiv. Bertelsen henviser her til hele den del af livsverdenen og kulturen, som ikke har et førstepersonperspektiv, og eksemplificerer dette perspektiv med, at man *"ikke kan se verden fra et stykke marmors synspunkt"* (Bertelsen, 2003, p.174).

Tredjepersonperspektivet er det perspektiv, der i sig selv ikke er et perspektiv, men bliver ifølge Bertelsen skabt ud fra den videnskabelige eller kunstneriske universelle betydning eller det perspektiv, det tillægges. Tredjepersonperspektivet bliver herved det perspektiv, hvorfra enhver objektiv sandhed kan anerkendes, såfremt der er en bred enighed om, at de sandheder, der antages, uanset subjektive meninger eller opfattelser, er sande (Bertelsen, 2003, p.174).

Selvet i førstepersonperspektiv, set indefra-og-ud, kan i sit forhold til omverdenen ifølge Bertelsen have en flexibel eller rigid karakter. I den flexible position er selvet åben og omstillingsparat samt i stand til at idealisere andre og derved rette sig mod og lade sig rette af andre. Det rigide selv har derimod svært ved at opleve sig selv værende forbundet med andre og konsoliderer sig selv ud fra andres anerkendelse (Bertelsen, 2003, p.181). Selvet er ifølge Bertelsen personlighedens kerne, og Bertelsen mener således, *"at komme til sig selv er at indse og mærke sig selv som resonant"* (Bertelsen, 2003, p.196).

---

---

Bertelsens antropologiske psykologiske fremstilling af selvet kan på mange områder sammenstilles med Sterns udviklingspsykologiske arbejdshypotese om kerneselvet. Ud fra Sterns arbejdshypotese kan sårbarheden for udvikling af psykotiske tilstande opstå senere i barnets udviklingsforløb, hvis ét eller nogle af de fire karaktertræk i kerneselvet ikke er blev tilstrækkelig integreret (Stern, 2000, p. 215).

Et dysfunktionelt kerneselv vil ifølge Stern kunne føre til en forringet forbundethed til såvel den fysiske som den humane verden. Stern antager ligeledes, at disse forstyrrelser vil kunne være så altomfavnende og gennemgribende, at det næsten er umuligt at prognosticere udfaldet af den mentale tilstand (Stern, 1999, p. 201).

Et dysfunktionelt selv er i mange år blevet stadfæstet som en kausal forklaring på skizofreni. Men når det omhandler diagnosticering af skizofreni, er der ingen steder i ICD-10, som refererer direkte til selvets funktioner eller dysfunktioner (Sass & Parnas 2003 p. 427).

Psykologisk fænomenologiske forskningsundersøgelser har dog kunnet dokumentere, at selvforstyrrelser og forvrængninger af bevidsthedsopfattelsen ofte er et dominerende fænomen i den prodromale og præmorbid udviklingsfase af skizofreni.

Når det omhandler diagnosticering og udredning af skizofreni ud fra et psykologisk fænomenologisk perspektiv, har nogle undersøgelser vist, at skizofreni bedst kan forstås som en forstyrrelse af bevidsthed og selvoplevelse, og at en tidlig diagnosticering af disse symptomer kan være betydningsfulde både for behandling og terapeutisk intervention.

En psykologisk fænomenologisk undersøgelse konkluderede i den forbindelse, at selvforstyrrelser er et fremtrædende fænomen, da det bestandigt forekommer i den præpsykotiske periode, og et større fokus på denne manifestation af selvforstyrrelser i denne fase vil kunne bidrage til en bedre forudsigelse af overgangen fra præpsykotiske tilstande til skizofrenispektrumforstyrrelser (Sass & Parnas 2003 p. 439).

Prodromalfasen er i forbindelsen med skizofreni ofte domineret af uspecifikke symptomer som kan omfatte angst, depressive symptomer og magisk tænkning, samt fornemmelse af ikke at være som de andre (Nordentoft & Mors, p. 193).

Prodromalfasen kan ud fra et kantiansk og psykodynamisk perspektiv fortolkes som det, der indledningsvis blev beskrevet som en hang til at fastholde sig selv i en



---

kunstigt frembragt sindstilstand, fordi denne tilstand ifølge Kant blev betragtet som en bedre sindstilstand end de vulgære sanseideer (Kant, 2015, p. 74). Kant formodede ligeledes, at trangen til at trække sig tilbage til indre sanser producerede illusioner i forbindelse med depressive tilstande ikke kunne afhjælpes, før mennesket blev hjulpet tilbage til den ydre sansning (Kant, 2015, p. 74).

Bertelsens antropologisk psykologiske teorifremstilling af den frie vilje, bevidsthed og selvet, er på mange måder forenelig med Immanuel Kants erkendelsesteori ”*om vilkårligheden af ens forestillingers bevidsthed*”, idet Kant antager, at vores forestillinger tager udgangspunkt i det, som han kalder at blive sig sine forestillinger bevidst. Disse egenskaber omfatter den menneskelige evne til enten at blive opmærksom på eller vende sig bort fra en forestilling, som man er bevidst om (Kant, 2015, p. 38). Kant fremhæver, at det at kunne abstrahere sig væk fra en forestilling er en større evne end det at være opmærksom på en forestilling.

Kant henviser i den forbindelse til, at når vi via vores abstraktionsevne formår at abstrahere, skabes der en frihed til at tænke og derved en bevidsthed om, at vi som udgangspunkt har kontrol og magt over os selv (Kant, 2015, p. 38). Kant mener dog, at vores abstraktionsevne er betydeligt vanskeligere at kontrollere end evnen til opmærksomhed (Kant, 2015, p. 38). Kant tillægger således det at være et menneske store frihedsgrader i forhold til at kunne kontrollere sin magt over forestillinger og abstraktionsevner, men ikke uden vanskeligheder. Dette kan analogiseres med Bertelsens teori om de forskellige grader af nedadrettet viljestyrke. Ud fra Bertelsens teori om den frie vilje, vil Kants antagelser kunne analogiseres med Bertelsens fremstilling af en medium-version af fri vilje, hvor Bertelsen mener, at vi med vores fornuft og vilje, ikke altid er i besiddelse af uendelige frihedsgrader (Bertelsen, 2003, p.124).

Når det handler om abstraktionsevne for personer med skizofreni, har psykologiske undersøgelser af personer med skizofreni kunnet dokumentere, at personer med auditive hallucinationer ofte har vanskeligheder med at modificere deres opmærksomhed mellem den ydre og indre forestillingsverden. Det antages i den forbindelse, at personer, som oplever auditive hallucinationer, er mere selv fokuserede og opmærksomme på deres indre forestillingsverden, eftersom det formodes, at selvkontrol over den indre forestillingsverden har en større eksistentiel betydning end kontrollen over den ydre verden (Laloyaux, Libera, & Larøi, 2018, p. 395).

---

En tilgang til en psykologisk forståelse af fænomenet psykose og skizofreni kan således analyseres og belyses ud fra mange perspektiver, da det at være psykotisk ikke er et ætiologisk begreb. Cullberg antager i den forbindelse, at mange psykiske og psykotiske lidelser kan betragtes som reaktioner på indre eller ydre omstændigheder, hvor symptombilledet ud fra et psykodynamisk perspektiv kan forstås som mindre vellykkede maladaptive tilpasningsstrategier forårsaget af svære livsbetingelser (Cullberg, 2001, p.63).

Den psykodynamiske forståelse af psykotiske fænomener er således primært deskriptiv, hvorimod der ud fra et neuropsykiatrisk perspektiv i højere grad vil være et fokus på psykotiske fænomener ud fra et psykopatologisk funktionelt perspektiv, hvor psykotiske symptomers karakteristika som udgangspunkt vil anses for at være forårsaget af neurobiologiske forstyrrelser (Rosenberg & Videbech, 2009, p.71). For at komme et skridt nærmere en besvarelse af problemformuleringen vil det følgende afsnit tage afsæt i en diskussion om, hvordan de anvendte hypoteser og teorier kan sammenfattes til en samlet forståelse af fænomenet psykose og skizofreni. Det følgende diskussionsafsnit vil tage udgangspunkt i to overordnede emner, som omhandler en diskussion af klassificering og diagnosticering af fænomenet psykose og skizofreni. Herefter vil de psykodynamiske og psykologisk antropologiske teorier blive diskuteret med henblik på en afsluttende konklusion og en besvarelse af min problemformulering, som tager afsæt i:

***”Hvordan kan fænomenet psykose og skizofreni forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv?”***

## **7. Diskussion**

Siden slutningen af det 19. århundrede har forskning i psykoser været domineret af det klassificeringssystem, der først blev foreslået af den tyske psykiater Emil Kraepelin. Han antog, at psykiske lidelser kunne klassificeres i diskrete typer ud fra en antagelse om, at der var en klar skillelinje mellem galskab og normalitet.

Det kan derfor diskuteres, om ICD-10 kategoriale diagnosesystem, som anvendes i dag, på tilfredsstillende vis formår at differentiere mellem, hvad der er psykotisk og ikke psykotisk, eller hvornår man har eller ikke har en skizofreni.

---

## 7.1 Diskussion af diagnosticering af psykose og skizofreni

I forbindelse med diagnosticering af psykopatologiske fænomener har der historisk set frem til i dag altid været uoverensstemmelser om ætiologien bag psykiske lidelser og ikke mindst om, hvordan disse lidelser kan klassificeres og skal diagnosticeres.

Ud fra et psykodynamisk perspektiv antager Cullberg, at der må kunne suppleres med en diagnostik, som også har fokus på intentionelle aspekter, altså de psykologiske betydninger, som ligger bag symptomerne (Cullberg, 2001, p.62).

Cullberg henviser til, at ICD-10 klassifikationssystemet er udpræget ateoretisk, idet forståelsen af de psykiske lidelser primært hviler på observerbare symptomer og ikke de teoretiske formodninger, som kunne ligge til grund for den psykiske lidelse (Cullberg, 2001, p.62).

Det kan i den forbindelse diskuteres, hvorfor eksempelvis en diagnose som simpel skizofreni betragtes som en skizofrenilidelse og ikke som et symptom på f.eks. en kontekstuel social belastningsreaktion. Ifølge ICD-10 beskrivelse af symptombilledet på simpel skizofreni henvises der til en gradvis udvikling af svigtende evne til at klare samfundets krav samt en ejendommelig adfærd med negative symptomer, som har fundet sted i mindst et år uden tilstedeværelsen af psykotiske symptomer (ICD-10, 2018 p.71).

Ud fra et psykodynamisk perspektiv vil man formentligt sætte spørgsmålstegn ved, hvordan manglende evne til at klare samfundets krav skal forstås, og i den forbindelse også fokusere på, hvor der i de psyko-sociale samfundskrav kunne antages at være psykologiske stressbelastninger, som har kunnet forårsage psykiske lidelser.

Den psykodynamiske model tager udgangspunkt i, at ændret adfærd eller psykotiske symptomer kan fortolkes som en forsvarsreaktion mod mere grundlæggende symptomer. Når det omhandler skizofreni, er psykotiske tilstande ofte en forsvarsreaktion, som dækker over mere grundlæggende symptomer såsom ambivalens, ændringer i sociale kontakter, affektreguleringer og identitetsforstyrrelser (Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 310).

I den forbindelse kan det diskuteres, hvorvidt skizofrene sindslidelser bør diagnosticeres ud fra et typologisk klassifikationssystem som et syndrom eller i højere grad skal fortolkes ud fra et mere deskriptivt perspektiv og med et større fokus på de psykotiske symptomer, som patienten oplever. Et syndrom skal i den forbindelse forstås som en samling af flere kliniske observerbare symptomer eller

---

fænomener, der skal være tilstede på samme tid for at opfylde en bestemt psykiatrisk diagnose som eksempelvis simpel skizofreni.

En tilgang til en sygdomsforståelse ud fra et psykodynamisk symptomperspektiv vil også kunne forenes med det tidligere omtalte Karl Jaspers fænomenologiske førstepersonsperspektiv til en forståelse af psykiske lidelser, idet Jaspers antog, at et førstepersonsperspektiv var det perspektiv, som tog afsæt i patientens subjektive oplevelser af de psykopatologiske symptomer (Christensen & Krarup, 2011, p.32).

Denne tilgang understøtter en bredere forståelse af fænomenet psykose og skizofreni, og sker med afsæt i de forskningsundersøgelser, som har kunnet dokumentere, at når det omhandler diagnosticering og klassificering af psykotiske fænomener, er forskning af symptomer mere valide end selve antagelsen om syndromet, idet validiteten af psykiatriske diagnoser som et syndrom ifølge Cullberg ofte kan diskuteres (Cullberg, 2001, p.62).

Nogle forskningsundersøgelser af validiteten af psykiatriske diagnoser antager i den forbindelse, at en forståelse af de funktionelle forhold mellem symptomerne først kan forstås og behandles som et syndrom, når der er en grundig viden om, hvorfor symptomerne opstod, og hvordan de interagerer (Costello, 1992, p. 307).

Bentall er som tidligere nævnt mere radikal i sit synspunkt på diagnoser og foreslår, at psykiatriske diagnoser skal afskrives til fordel for et primært fokus på de symptomer, som patienterne giver udtryk for, og han begrundet denne antagelse med, at hallucinationer er et så udpræget fænomen, at ca. 10 % af befolkningen oplever hallucinationer (Bentall, 2006, p.224). Ud fra et sådant perspektiv vil en hallucinatorisk tilstand kunne betragtes som et alment menneskeligt fænomen og ikke nødvendigvis som en patologisk lidelse. Bentall henviser i den forbindelse til filosofen Ludvig Wittgensteins antagelser om, at *"Galskab behøver ikke betragtes som en sygdom. Hvorfor skulle det ikke ses som en pludselig - mere eller mindre pludselig - ændring af karakter?"* (Bentall, 2003, p.95)

Bentall foreslår derfor, at en symptomorienteret tilgang vil kunne bidrage til en større indsigt i, hvorfor og hvordan psykopatologisk psykotiske lidelser opstår.

Eksempelvis henviser Bentall til, at man i dag kan konstatere en klar sammenhæng mellem tidlige barndomstraumer og psykotiske lidelser (Bentall, 2006, p. 228).

Bentall påpeger i den forbindelse, at mange undersøgelser har kunnet dokumentere en sammenhæng mellem seksuelt misbrug i barndommen og senere udvikling af især positive, produktive psykotiske symptomer i voksenalderen (Bentall, 2006, 228).

---

I forbindelse med diagnosticering af psykotiske symptomer og skizofreni kan det ligeledes diskuteres, hvad der egentligt kan fortolkes som værende en vrangforestilling?

En bizar vrangforestilling er ifølge ICD-10 defineret som en fuldstændig umulig og kulturelt uacceptabel forestilling (ICD-10, 2018, p. 66). Men hvad er da en fuldstændig umulig forestilling, og hvornår vil man antage, at det ikke i højere grad er en illusion frem for en vrangforestilling? Depressive vrangforestillinger omfatter f.eks. skyldsforestillinger om at have begået noget syndigt (Mors, 2016, p.38).

Problemet med begrebet vrangforestilling er, at det henviser til en forkert forestilling, men da en vrangforestilling jo netop er en dyb eksistentiel, emotionel overbevisning, kan det diskuteres, om der kan henvises til en ”forkert” forestilling.

Enhver forestilling må derfor bero på en subjektiv oplevelse, idet man heller ikke tale om en rigtig eller forkert drøm, men derimod om drømmens indhold og betydning. Ifølge Bentall er det næsten umuligt at finde et kriterie, som formår at skelne mellem vrangforestillinger og andre følelsesmæssige forhold, såsom politiske eller religiøse overbevisninger, da vrangforestillinger ofte er relationelt forbundet til følelseladede, eksistentielle temaer, som igen kan relateres til personens selvopfattelse og position i forskellige kontekstuelle sammenhænge (Bentall, 2006, 225).

I Svend Brinkmann og Anders Petersens bog ”Diagnoser”, som handler om en kritisk brug af psykiatriske diagnoser, fremhæves der ligeledes, at det største problem i forbindelse med diagnosticering og klassificering af psykiatrisk lidelse er forbundet med, at der indtil videre ikke er fundet en eller flere biomarkører, som har muliggjort en valid diagnosticering (Brinkmann & Petersen, 2015, p.356).

Brinkmann og Petersen sætter i den forbindelse spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er gavnligt for individet, at det selv må definere diagnosen ud fra egne subjektive oplevelser, eftersom det for nogle kan være mere autoritativt og mindre lidelsesfuld at identificere sig med en diagnose frem for en psykose (Brinkmann & Petersen, 2015, p.357). Ud fra dette perspektiv kan det diskuteres, om en psykiatrisk diagnose er medvirkende til at facilitere eller stigmatisere det menneske, som søger behandling for en psykisk lidelse.

Men kan ligeledes diskutere, om det er selve diagnosen der er et problemet, og ikke i højere grad den stigmatisering, som ofte er forbundet med at få en psykiatrisk diagnose.

---

Ifølge den canadisk-amerikanske sociolog Erving Goffman, som blandt andet er kendt for sin bog ”Stigma”, opstår stigmatisering, når det sociale miljø fastlægger, hvilke kategorier af mennesker man kan forvente at møde på et givent sted som eksempelvis et psykiatrisk hospital (Goffman, 2016, p. 43). Goffman mener i den forbindelse, at vi som mennesker grundlæggende identificerer os dybt med den rolle, institutionen eller konteksten forventer, men når der opstår forstyrrelser i den sociale kontekst, kan det også medvirke til en radikal ændring af vores selvopfattelse (Goffman, 2015, p.255).

Goffmans antagelser er således i god overensstemmelse med Bleulers erfaringer med rekruttering af patienter fra patientrollen til sygeplejerollen på grund af samfundsmæssige ændringer. Bleuler kunne i den forbindelse konstatere, at patienternes psykiske lidelse langt fra var den eneste dominante karakteregenskab for patienternes livsudfoldelse. Bleulers eksempel understreger, hvordan uforudsigelige og vilkårlige samfundsmæssige ændringer kan influere på vores sindstilstand og derved også på, hvad der psykologisk set kan antages at være psykisk sygeligt eller normalt.

Den amerikanske medicinhistoriker Charles Rosenberg mener, at det, som er kendetegnende for psykiatriske diagnoser i dag, er, at *”vi har aldrig været mere opmærksomme på de vilkårlige og konstruerede kvaliteter af psykiatriske diagnoser”* (Rosenberg, 2006, p. 417).

Det kan således diskuteres, hvorvidt fænomenet psykose og skizofreni kan eller skal diagnosticeres som en psykopatologisk, individuel lidelse ud fra ICD-10 klassifikationssystem, eller om fænomener som psykoser og skizofreni i højere grad skal diagnosticeres ud fra et psykodynamisk perspektiv, som tager afsæt i, at psykiske lidelser er en naturlig, menneskelig, maladaptiv adfærd, forårsaget af patologisk psyko-sociale forhold, der besværliggør et adaptivt psykologisk udviklingsforløb.

Med afsæt i dette perspektiv, vil en biomarkør for psykiske lidelser være svært at argumentere for, når det handler om klassificering og diagnosticering af psykiske lidelser ud fra den antagelse, at psyken ikke kan være i besiddelse af en biomarkør.

Ud fra dette perspektiv vil det i det følgende afsnit blive diskuteret, hvordan fænomenet psykose og skizofreni kan forstås ud fra et psykodynamisk og antropologisk perspektiv.

---

De psykodynamiske teorier vil som udgangspunkt blive diskuteret særskilt med henblik på en sammenfattende diskussion af de anvendte teorier, hvorimod de antropologiske teorier løbende vil blive inddraget i hele diskussionsafsnittet.

## **7.2 Diskussion af de psykodynamiske teorier**

### **7.3 Sigmund Freud**

I Olsen og Køppes teorifremstilling af Freuds psykoanalyse fremgår det, at Freud stort set ikke beskæftigede sig med skizofreni, idet han som tidligere beskrevet ikke gjorde sig forestillinger om, at denne sindslidelse kunne behandles psykoanalytisk, da han mente, at det stort set var umuligt at etablere en overføringsrelation til personer med skizofreni (Olsen & Køppe, 1993, p. 245). Freud mente i den forbindelse, at en forklaring på nedsatte overføringsrelationer var forbundet med en libidinøs, refleksiv tilbagetrækning fra de ydre objekter til jeg'et (Freud, 1994, p. 319).

De karakteristika, som Freud henviste til, når det omhandler personer med skizofreni, kan på mange områder relateres til de symptomer, der ud fra ICD-10 betegnes som negative symptomer, hvor blandt andet manglende fremdrift og interesse samt social tilbagetrækning anses for at være centrale kendetegn for skizofreni (ICD-10, 2018, p. 67). Freuds teorifremstilling om denne libidinøse tilbagetrækning kan være lidt problematisk at skulle argumentere for, da den fremstår en anelse spekulativ, selv om den alligevel giver et godt metaforisk billede af de symptomer, som kan observeres hos personer med skizofreni.

Freud beskriver ligeledes, hvordan personer med skizofreni "dementia praecox" forsøgte at komme tilbage til objekterne for igen at få en forestilling om disse, men som Freud lidt poetisk beskriver, så blev det ligesom kun deres skygge, de fandt (Freud, 1994, p.325).

Det kan i den forbindelse diskuteres, hvorvidt de socialkognitive vanskeligheder, som Freud observerede hos sine klienter med skizofreni, kan overføres til det, som vi i dag betegner som hypomentalisering, der henviser til nedsat interpersonel interaktion (Bliksted, 2019, p. 23). Ud fra dette perspektiv vil Freuds antagelser om nedsatte overføringsrelationer for personer med skizofreni således være i god overensstemmelse med de Theory of Mind (ToM)-undersøgelser af personer med skizofreni, som har kunnet dokumentere, at negative symptomer er nært forbundet med ToM-vanskeligheder, hvorimod psykotiske symptomer ikke nødvendigvis

---

influerer på ToM-vanskeligheder (Bliksted, 2019, p. 25). Theory of Mind handler i den forbindelse om evnen til at forstå og aflæse andres følelser og tanker som adskilte fra egne ønsker og behov.

Psykologisk forskning har i dag et større fokus på de symptomer, som Freud angiveligt observerede og fortolkede som en libidinøs, reflektiv tilbagetrækning fra de ydre objekter til jeg'et. Ifølge Vibeke Bliksted som er specialpsykolog i voksenpsykiatri, har international forskning vist, at sværhedsgraden af socialkognitive vanskeligheder ofte indikerer, hvor godt eller dårligt patienter med skizofreni klarer sig i senere i livet. Bliksted formoder i den forbindelse, at udredning for socialkognitive vanskeligheder kan bidrage til en større indsigt i patientens udfordringer og funktionsniveau, men i dag er der fortsat kun få patienter, som udredes for disse vanskeligheder (Bliksted, 2019, p. 26).

Ud fra et antropologisk psykologisk perspektiv kan det diskuteres, hvorvidt en libidinøs, reflektiv tilbagetrækning fra de ydre objekter tilbage til jeg'et kan analogiseres med Bertelsens teorifremstilling om bevidsthedens fænomenologiske tilstand. Ifølge Bertelsen er det at være rettet mod/af noget også ensbetydende med en bevidsthed om noget, idet bevidstheden altid er intentionelt rettet mod/af noget (Bertelsen, 2003, p.133).

En reflektiv tilbagetrækning fra de ydre objekter eller negative symptomer kan ud fra et antropologisk psykologisk perspektiv derfor fortolkes som en nedsat intentionalitet, altså nedsat bevidsthed om noget og dermed, hvad der sker i den ydre verden.

At der kan være tale om en nedsat rettedhed mod/af noget for personer med skizofreni, vil ligeledes være i god overensstemmelse med de neuropsykologiske undersøgelser af personer med skizofreni, som har kunnet dokumentere, at en nedsat dopaminerg stimulation i den præfrontale cortex kan føre til negative symptomer (Jørgensen & Rosenberg, 2009, p. 256). Disse cerebrale områder har ud fra et neurofysiologisk perspektiv en stor betydning for vores adaptation til omgivelserne samt emotioner og hensigtsmæssig social adfærd (Gulmann & Rosenberg, 2009, p. 179).

En forståelse af fænomenet psykose og skizofreni vil formentlig, med afsæt i Eriksons egopsykologiske kriseteorier, i højere grad kunne forstås ud fra et



---

psykodynamisk perspektiv frem for en freudiansk retrospektiv analyse, som tager afsæt i medfødte psykoseksuelle tilbøjeligheder og libidinøse drifter.

#### **7.4 Erik Erikson**

Eriksons udgangspunkt er, at den menneskelige livsudvikling forløber gennem otte livsfaser, hvor hver fase har sin egen bestemte psykosociale udviklingskrise, og hvor blandt andet den tillid, der etableres til andre i spædbarnsperioden, er en forudsætning for en følelse af vitalitet i voksenlivet (Erikson, 1997, p. 91).

Når Erikson tildeler basal tillid en så stor betydning, er det ud fra hans antagelser om, at en ontologisk kilde til tro og håb er følelse af fundamental tillid, hvis ydre og indre oplevelser skal forenes til en vital følelse af helheder og sammenhænge (Erikson, 1997, p. 79).

En psykodynamisk forståelse for, at manglende basal tillid på grund af fejludvikling i barndommen kan føre til psykotiske tilstande senere i voksenlivet, er ligeledes blevet veldokumenteret i flere nyere psykologiske undersøgelser af børnetrauma i barndommen, idet disse undersøgelser har kunnet påvise, at børn, som har gennemlevet en traumatisk barndom, er mere sårbare og disponerede for senere i livet at udvikle psykotiske lidelser.

En større metaanalyse, foretaget i tidsperioden fra 1980 og frem til år 2015, har således kunnet dokumentere, at forekomsten af personer med psykotiske symptomer i voksenalderen var signifikant højere hos dem, som havde haft en usikker tilknytning, forårsaget af barndomstraumer (Carr, Hardy & Fornells-Ambrojo, 2018, p. 152). Ligeledes blev det vurderet, at disse personer også havde en højere risiko for udvikling af depression og social angst (Carr, Hardy & Fornells-Ambrojo, 2018, p. 156).

Eriksons antagelser om vigtigheden af basal tillid er også i god overensstemmelse med den britiske psykolog og psykoanalytiker John Bowlbys tilknytningsteorier om en "sikker base". Bowlby mener, at når barnet oplever, at basen er sikker, udvikles der en tillid hos barnet, som medfører, at barnet begynder at forholde sig til tillid som noget, der på forhånd er givet (Bowlby, 2003, p.20).

Det kan derfor diskuteres, om mangel på basal tillid kan være en forklaring på, at prodromalsymptomer i forbindelse med skizofreni ofte bliver mere eklatant i ungdomstiden og den tidlige voksenalder, da denne periode ifølge Erikson er præget af nære forpligtende og tætte emotionelle relationer til andre, hvor intimitet blandt

---

andet spiller en vigtig rolle, og hvor kriser ifølge Erikson kan udarte sig til enten promiskuitet eller social tilbagetrækning, eftersom prodromalsymptomer er kendetegnet ved en splittelse mellem ydre og indre oplevelser i form af introspektion over egne indre oplevelser.

Når manglende tillid og dermed mistillid kan formodes at manifestere sig som psykotiske tilstande, er det ud fra det perspektiv, at mange psykotiske symptomer, når det omhandler skizofreni, er forbundet med førsterangssymptomer (FRS).

Eksempelvis kan personer med FRS opleve, at negative imaginære stemmer taler nedladende til eller om personen. Manglende tillid kan også antages at medvirke til en forøget tilstand af ambivalens, hvilket er et karakteristisk grundsymptom for skizofreni og mange psykiske lidelser.

En filosofisk og psykologisk forståelse af fænomenet tillid vil ud fra den danske teolog og religionsfilosof K. E. Løgstrup kunne fortolkes således: ”*at vise tillid betyder at udlevere sig selv. Derfor reagerer vi så voldsomt, når vor tillid misbruges*” (Løgstrup, 2011, p. 13). Løgstrup henviser til, at vi som udgangspunkt fødes med tillid til verden, og når barnet udviser denne tillid, kan det risikere at prisgive sig selv, og mødes det ikke med samme tillid, vil det kunne tilintetgøre dets livsmuligheder, hvilket Løgstrup påpeger, at videnskaben i mange år har kunnet afdække (Løgstrup, 2011, p. 19).

Ud fra dette perspektiv kan tillid fortolkes som en eksistentiel nødvendighed for overlevelse, men også som en beskyttelse mod et mentalt sammenbrud som eksempelvis psykotiske tilstande, især med afsæt i Heidegger antagelser om, at vi som menneske altid er kastet ud i en situation, som vi aldrig fuldstændig selv kan blive herre over (Heidegger, 2007, p. 317).

At psykotiske tilstande kan opstå, når mennesket udsættes for traumatiske situationer, er egentlig også det, som Melanie Klein argumenterer for i sin teorifremstilling om den skizo-paranoide position. Klein antager i den forbindelse, at barnet oplever den første ydre kilde til angst under selve fødslen, hvorefter barnet i de følgende måneder også oplever hallucinatoriske tilstande samt stærke følelser af ambivalens i dets møde med og relation til partialobjektet (Klein, 1990, p. 27).

### **7.5 Melanie Klein**

Klein begrunder denne tilstand med, at jeg'et som udgangspunkt er tilbøjelig til at integrere sig selv, hvis livsdriften formår at dominere over dødsdriften, hvorved der

---

kan syntetiseres positive følelser for objektet i form af spaltningprocesser mellem det gode og onde (Klein, 1990, p.32).

Ifølge Klein opstår eksempelvis ambivalente tilstande i barndommen, når spaltningprocessen mellem kærlige impulser fra livsdriften og destruktive impulser fra dødsdriften, som er rettet mod ét og samme objekt, ikke formår at adskille disse drifter (Klein, 1990, p.32). Klein mener derfor, at libidoen "livsdriften" under normale forhold vil kunne udvikle sig til at mildne de destruktive impulser og dermed vores forfølgelsesangst (Klein, 1990, p.32). Det, som især kan føre til psykotiske og paranoide skizofrene tilstande senere i livet, er ifølge Klein, når spaltningprocesser i den tidlige barndom mislykkes.

Ud fra Kleins teori kan det diskuteres, hvordan hendes teorifremstilling af den skizo-paranoide position, som grundlæggende tager afsæt i, at mennesket fødes med dødsdrifter, som ytrer sig i form af aggressive projektioner, helt skal fortolkes (Klein, 1990, p.28).

Ud fra et antropologisk perspektiv vil barnets bevidsthedens ontogenese ikke være så veludviklet i den prænatale periode, idet barnet i de første måneder blot vil opfatte objekter set indefra-og-ud og som noget, der kan bruges, men set udefra-og-ind vil objektet allerede have en betydning, før barnet tager det i brug, idet barnet ifølge Bertelsen er underlagt den måde, den menneskelige verden tillægger objektet en betydning (Bertelsen, 2003, p. 159).

Med afsæt i Kleins teori om den skizo-paranoide position, sammenholdt med de psykologiske undersøgelser, som har kunnet påvise, at barndomstrauma kan føre til senere psykotiske tilstande, vil man i højere grad kunne anfægte, at det er aggressioner fra den ydre verden, som er en trussel for barnets trivsel.

En tilgang til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra Kleins teori kunne tage afsæt i, at vi fødes mere eller mindre med psykotiske fantasier, og truslen mod de gode objekter kommer fra medfødte aggressive tilbøjeligheder. Barnets indre kampe mod de gode og onde objekter bliver således et privat anliggende, som mere eller mindre er uafhængig af ydre forhold.

Winnicott mener i den forbindelse, at spædbarnet ikke formår at skelne skarpt mellem fantasi og kendsgerninger og ligeledes mellem indre og ydre objekter (Winnicott, 2003, p. 32).

---

## 7.6 Donald Winnicott

Modsat Klein antager Winnicott derimod, at barnet fra fødslen er mere optaget af forholdet mellem det objektivt perciperede og det subjektivt oplevede (Winnicott, 2003, p. 39), idet Winnicott mener, at den kreative proces, som opstår, når barnet genskaber verden ved at rette sin opmærksomhed mod omverdenen, medfører en naturlig progression, der muliggør, at den ydre virkelighed skabes (Winnicott, 2019, p. 21).

Winnicott mener derfor, at overgangsfænomener har en eksistentiel betydning for vores forbundethed til verden, idet han formoder, at hvis man fratager barnet overgangsobjekter samt overgangsfænomener, vil det medføre en spaltning af personligheden, som vanskeliggør evnen til at føle og opleve sig selv som et helt menneske (Winnicott, 2019, p. 180).

Det kan ud fra dette perspektiv diskuteres, hvorvidt skizofrene psykotiske symptomer kan fortolkes som kreative overgangsfænomener i kampen om at forblive et helt menneske, for derved at opretholde en psykisk forbundethed til verden.

Undersøgelser har kunnet dokumentere, at depressive negative symptomer i den prodromale fase i forbindelse skizofrenispektrumforstyrrelser ofte var forbundet med en forøget risiko for selvmord, hvorimod positive psykotiske symptomer ikke blev relateret til samme forøgede risiko (Ventriglio, Gentile, Bonfitto, Stella, Mari, Steardo & Bellomo, 2016, p. 4).

Ifølge Winnicott kan en psykotisk tilstand i ungevoksenalderen være indiceret af en emotionel udviklingsforstyrrelse på et tidligere alderstrin, hvorved en psykodynamisk forståelse af psykotiske tilstande ud fra Winnicotts objektrelationsteori kan forstås som kreative ytringer.

Psykotiske tilstande kan derved forstås som en forsvarsmekanisme og mestringsstrategi, fordi vi er i stand til at skabe overgangsfænomener, hvorved den prodromale fase, før produktive psykotiske symptomer er til stede, må anses for at være en sårbar periode, da de psykotiske forsvarsmekanismer endnu ikke har manifesteret sig på daværende tidspunkt.

Det, som kunne understøtte denne hypotese, er, at mange psykotiske patienter ofte giver udtryk for en større tomhedsfølelse og depressiv tilstand, når de psykotiske symptomer ændrer sig eller reduceres i forbindelse med den psykofarmiske antipsykotiske behandling.

---

Winnicott beskriver i den sammenhæng, at hvis mennesket ikke formår at leve et liv mellem drøm og virkelighed, kan der opstå en splittelse mellem det sande og falske selv, hvor det falske selv vil kunne skabe en uvirkelig tomhedsfølelse (Winnicott, 2019, p.192). Det kan i den forbindelse diskuteres, hvorvidt selvet kan være andet end ét selv, eller om selvet kan fortolkes ud fra flere perspektiver som et fragmenteret eller splittet selv.

Ifølge Kierkegaard filosofiske værk ”Sygdomme til døden”, som jeg indledningsvis har refereret til, er ”*selvet et forhold, der forholder sig til sig selv, eller er det i forholdet, at forholdet forholder sig til sig selv*” (Kierkegaard, 2017, p.17).

Kierkegaards mener i den forbindelse, at selvet er en syntese mellem to personer, og antager, at selvet opstår i mødet med den anden, idet der ellers ikke ville være noget selv (Kierkegaard, 2017, p.17).

### **7.7 Daniel Stern**

En tilgang til en forståelse af kerneselvet ud fra Sterns hypotese tager derimod afsæt i fire organiserede fornemmelser, som omfatter selv-handlen, selv-sammenhæng, selv-affektivitet og selv-historie (Stern, 2000, p. 115).

Stern beskriver i den forbindelse, at dannelsen af et kerneselv i første omgang er en fornemmelse af et selv til forskel fra en fornemmelse om et selv, og han differentierer således i sin teorifremstilling mellem en ubevidst og bevidst fornemmelse af et selv. (Stern, 2000, p. 115), eftersom den første fornemmelse af et kerneselv ifølge Stern ikke er en bevidst kognitiv konstruktion, men derimod en oplevelsesmæssig integration (Stern, 2000, p. 115).

Det, som ifølge Stern kan resultere i psykotiske og skizofrene lidelser, er fravær eller nedsat fornemmelse af én af de fire selvoplevelser (Stern, 2000, p. 115).

Det kan her diskuteres, hvordan Sterns beskrivelse af en fornemmelse af et kerneselv skal fortolkes, idet en fornemmelse ofte tager afsæt i en bevidsthedsfornemmelse af noget, som har påvirket vores tanker, følelser eller handlinger.

I dag har neurofysiologiske billeddiagnostiske undersøgelser af hjernen, skabt større muligheder for at undersøge selvoplevelser og eventuelle forstyrrelser.

Neurofysiologiske undersøgelser har i de sammenhænge kunnet påvise, at subjektive selvforstyrrelser i forbindelse med skizofreni og psykose kan være forårsaget af, hvor godt indre og ydre selvforarbejdningsinteragerer, når det handler om en følelse af selvet (Ebisch, & Aleman, 2016, p. 786)

---

Det antages i den forbindelse, at selvforstyrrelse for personer med skizofreni kan være forbundet med manglende selvindsigt, idet omkring 70 % af personer med skizofreni i løbet af deres sygdomsforløb udviser manglende sygdomserkendelse. Nedsat selvindsigt og sygdomserkendelse formodes at være forbundet med mangelfulde selvevalueringsprocesser, som handler om vanskeligheder med at integrere implicit feedback fra det ydre miljø (Ebisch, & Aleman, 2016, p. 788). Nedsat selvindsigt vurderes ligeledes i andre undersøgelser til at bero på manglende selvrefleksion over, hvorvidt de ydre miljømæssige stimuli er gældende for selvet, hvilket formodes at kunne resultere i fejliskriminationer af følelsesmæssig bevidsthed samt kontrol over tanker og handlinger for personer med skizofreni. Undersøgelser har i den forbindelse vist, at selvrefleksion for personer med skizofreni kan forårsage vanskeligheder med personlige fortællinger, sandsynligvis fordi tidsoplevelser mellem nutid og fremtid er nedsat, hvilket også kan være en forklaring på manglende sygdomsindsigt (Meer, Vos, Stiekema, Pijnenborg, Tol, Nolen, David, & Aleman, 2013, p.1353)

De neurofysiologiske undersøgelser er således i god overensstemmelse med Sterns hypotese om, at alvorlige psykoser kan relateres til fravær af en af kerneselvets fire selvoplevelser (Stern, 2000, p. 115), hvorved en fornemmelse af ikke nødvendigvis fører til en erkendelse af.

Med afsæt i et antropologisk psykologisk perspektiv på selvet henviser Bertelsen til, at selvets intentionelle forbundethed kan betragtes som en monistisk ubrydelig enhed, der kan fortolkes ud fra to perspektiver, som omfatter et indefra-og-ud- og et udefra-og-ind-perspektiv (Bertelsen, 2003, p. 169), og hvor selvbevidsthed først opstår, når en oppefra-og-nedad rettet psykodynamisk organisering finder sted (Bertelsen, 2003, p. 185). Denne fortolkning af selvet er på flere områder sammenlignelig med Kierkegaards fremstilling, da Bertelsen antager, at først i forholdet til et andet menneske finder vi selvet som værende i forbundethed og erfarer derved, at nogen kan have intentioner med vort selv (Bertelsen, 2003, p. 180).

En psykodynamisk forståelse for udviklingen af eksempelvis selvhenførende vrangforestillinger kan ud fra Bertelsens beskrivelse af selvets intentionelle forbundethed og rettedhed mod/af noget, fortolkes som de mentale tilstande, der kan føre til selvhenførende vrangforestillinger, eftersom vrangforestillinger ofte optræder

---

i forbindelse med en normal, reel sanseoplevelse af noget, men kan over tid, udvikle sig til selvhenførende vrangforestillinger om noget (Mors, 2016, p.37).

En psykologisk forståelse af, hvorfor vrangforestillinger kan opstå, kan også fortolkes ud fra Jan Tønnes Hansens teoretiske fremstilling af ”selvet som rettethed”, og begrundes med, at alle mennesker fødes som forskellige individer, hvilket betyder, at vi som mennesker er intentionelt forskelligt forbundet til verden, hvorved selvet også skaber forskellige selvoplevelser (Hansen, 2003, p. 195).

Tønnes henviser i den forbindelse til, at det særligt kendetegnende ved det menneskelige selv er forholdet mellem selvet og selvobjektrelationen ud fra det perspektiv, at det menneskelige selv formår at differentiere mellem sine egne emotionelle fænomenologiske selvoplevelser og fornemmelse af, hvad der tilhører egne oplevelser og andres (Hansen, 2003, p. 201). Tønnes mener i denne sammenhæng, at selvets evne til at skelne mellem disse intentionelle emotionelle mentale tilstande er afgørende for, hvor godt selvet formår at skelne mellem, hvad der i virkeligheden tilhører andres intentioner og ens egne (Hansen, 2003, p. 201).

For at få et samlet overblik over diskussionsafsnittet og de anvendte psykodynamiske og antropologiske teorier til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni, er det følgende afsnit med henblik på en sammenfatning af de ovenfor beskrevne diskussionsafsnit, for derigennem at indkredse de centrale aspekter, som kan lede til en forståelse af fænomenet psykose og skizofreni ud fra et psykodynamisk og antropologisk perspektiv.

### **7.8 Opsamling af de psykodynamiske og antropologiske teorier**

Indledningsvis blev der i dette speciale stillet spørgsmål ved, hvad det vil sige at blive psykotisk eller være psykotisk, idet psykotiske tilstande ikke er et ætiologisk begreb, men primært kendetegnet ved det kvalitative præg af psykosen (Mors, 2016, p. 34).

Med afsæt i denne fortolkning af psykotiske lidelser var formålet med dette speciale at få en større forståelse for det kvalitative præg, som kendetegner fænomenet psykose og skizofreni ud fra et psykodynamisk og antropologisk perspektiv, og med den hensigt at få en bredere indsigt i og forståelse af, hvordan disse sindstilstande kan opstå, fortolkes og forebygges.

I forhold til de psykodynamiske og antropologiske perspektiver kan spørgsmålet om, *hvorfor* psykotiske tilstande kan opstå, fortolkes ud fra det perspektiv, at vi fødes

---

som emotionelle, intentionelt forbundne individer, hvor psykens intentionelle bevidsthed om egen eksistens gradvist udvikles fra fødslen.

Psykotiske lidelser kan derfor formodes at opstå ud fra den kendsgerning, at vi jf. Kant, Heidegger og Kierkegaard altid er kastet ud i en situation, som vi aldrig selv fuldstændig kan blive herre over, og uanset hvilket forhold vi befinder os i, vil det altid være i et forhold til sig selv, hvorved mennesket ifølge Kant gradvist vil betragte det, som bliver placeret i sindet, som noget, der altid har været der, indtil man opdager, at man selv har placeret det der (Kant, 2015, p. 74).

Derimod er der i de psykodynamiske teorier mange forskellige perspektiver på, *hvad* der kan føre til psykiske lidelser, og hvorvidt disse lidelser er forårsaget af ydre eller indre stimuli.

Ifølge Freud spiller seksuelle impulser en stor rolle, når det omhandler sindssygdomme, men Freud antager også, at disse seksuelle impulser er af stor betydning for menneskets kulturelle, kunstneriske og sociale udvikling (Freud, 1994, p. 17).

Klein formoder derimod, at forsvarsmekanismer i form af spaltningprocesser i sin mest ekstreme form kan føre til forskellige former for hallucinatoriske tilstande senere i livet (Klein, 1990, p.31), men antager også, at enhver forstærkende stimulering af forfølgelsesfrygt fra de ydre omgivelser kan forstærke skizoide mekanismer (Klein, 1990, p.33).

Ifølge Erikson er følelsen af basal tillid den første komponent, som barnet fornemmer, og Erikson henviser til, at de psykopatologiske symptomer på skizofreni og depression, som kan observeres ud fra social tilbagetrækning, kan være forårsaget af mangel på tillid, hvis det ydre omsorgsmiljø ikke har formået at skabe en følelse af basal tillid (Erikson, 1997, p. 233).

Det, som ifølge Winnicott blandt andet kan føre til psykiske lidelser, er mangelfuld identifikation og afstemning af barnets emotionelle tilstande fra det ydre miljø, hvorved barnet kan udvikle et falsk selv som en adaptiv beskyttelse mod den ydre verden (Winnicott, 2019, p. 27).

Ud fra Sterns arbejdshypotese er en fornemmelse af de fire selvoplevelser i kerneselvet af vital betydning for udvikling af mental sundhed, idet Stern beskriver, at en manglende fornemmelse og sammenhæng af en af disse fire selvoplevelser kan føre til blandt andet psykotiske og paranoide sindstilstande (Stern, 2000, p. 115).



---

En psykodynamisk og antropologisk forståelse af, *hvad* der kan føre til psykotiske lidelser og skizofreni, kan således fortolkes ud fra mange perspektiver, men en forståelse af, *hvorfor* de disse tilstande kan opstå kan, fortolkes ud fra det perspektiv, at mennesket fødes med emotioner, hvorved vores indre sanser, som Kant henviser til, ikke er rene apperceptioner (Kant, 2015, p. 73).

Et sådant perspektiv vil også være i god overensstemmelse med professor i almen psykologi Boje Katzenelsons beskrivelser af den betydning, som emotioner har for den menneskelige eksistens og udvikling i bogen ”Drivkræfter, følelser og erkendelse”.

Katzenelson henviser blandt andet til, at menneskets vitalitetsresonans har betydning for den måde, som emotioner opleves på, da det også bliver en måde at kende til sig selv på, idet Katzenelson antager, at vitalitetsresonans er en verdensforbindelse og verdenstilgang, og henviser til Sterns beskrivelse af ”afstemning”, som udgør forholdet mellem et subjekt og et objekt (Katzenelson, 2004, p. 223).

I Sterns hypotese om afstemning henvises der til den betydning, som afstemning har for interaffektiv udveksling. Stern beskriver i den sammenhæng, at svære psykotiske tilstande kan fortolkes som en ikke subjektiv afstemning, hvilket ifølge Stern betyder, at i psykotiske tilstande er der a priori ingen mulighed for affektiv intersubjektivitet (Stern, 2000, p. 254).

Med afsæt i dette perspektiv vil en psykodynamisk og antropologisk forståelse af fænomenet psykose og skizofreni også kunne tage afsæt i en bio-psyko-social forståelse. Eftersom de psykologiske, psykopatologiske fænomener, som kan observeres og beskrives, også skal fortolkes ud fra et dynamisk samspil mellem kropslige og biologiske funktioner samt mentale sindstilstande, kan det antages, at den menneskelige bevidstheds eksistens og interaktioner med andre mennesker muliggøres ud fra et hierarkisk funktionelt system, der omfatter et komplekst sammensat system af atomer og molekyler (Møhl & Simonsen, 2017, p. 43).

---

## 8. Konklusion

Formålet med dette speciale var at undersøge, hvad der kan føre til psykotiske tilstande såsom skizofreni, samt hvad det vil sige at blive psykotisk eller være psykotisk ud fra et psykodynamisk og antropologisk psykologisk perspektiv. En forståelse af, hvad der kan føre til psykotiske lidelser ud fra de anvendte psykodynamiske teorier, kan fortolkes ud fra mange perspektiver.

I Kleins teorifremstilling henvises der til, at forfølgelsesangst kan føre til psykotiske tilstande, hvorimod Erikson henviser til mangel på basal tillid.

Selvom der er tale om to forskellige perspektiver, er manglende tillid og angst alligevel forenelige aspekter, som kan relateres til de symptomer, der ofte kan observeres i forbindelse med psykotiske tilstande. Det kan også antages, at angsttilstande og manglende tillid kan påvirke psykologiske og biologiske stressorer, og derved øge sårbarheden for udviklingen af psykiske lidelser.

En forståelse for, hvad der kan føre til psykotiske lidelser, kan også fortolkes ud fra, hvor godt det ydre omsorgsmiljø har formået at tilpasse barnets emotionelle tilstand. Winnicott mener i den sammenhæng, at en ikke god nok tilpasning af barnets emotionelle tilstand kan føre til psykopatologiske lidelser, når det sande selv udelukkes fra et autentisk forhold til virkeligheden. Psykotiske lidelser kan ud fra dette psykodynamiske perspektiv fortolkes som adaptive eller maladaptive selvorganiserede mestringsstrategier.

Ud fra Sterns hypotese bliver psykotiske tilstande og skizofreni, relateret til en nedsat fornemmelse af ét af de fire komponenter i kerneselve, der omfatter den oplevelsesmæssige virkelighed af handlinger, sansning, affekt og tid. Da disse oplevelsesmæssige fænomener også er kendetegnende for de psykopatologiske symptomer, der kan observeres når det omhandler skizofrene førsterangssymptomer og negative symptomer, kan en forståelse af psykotiske lidelser ud fra det perspektiv også fortolkes som en manglende fornemmelse af kerneselve.

Angsttilstande, manglende basal tillid, sande og falske selvorganiserings mestringsstrategier samt en autentisk fornemmelse af kerneselve, kan ud fra de psykodynamiske anvendte teorier, fortolkes som nogle af de psykologiske aspekter, som kan formodes at føre til psykopatologiske psykotiske lidelser.

Det antropologisk psykologiske perspektiv blev inddraget med henblik på en forståelse for, hvad der kendetegner den menneskelige psyke, såsom bevidsthed,

---

selvet og den frie vilje, og hvordan psykotiske lidelser kan forstås ud fra det særligt menneskelige, psykologisk set.

En sammenfattende psykologisk forståelse for, hvorfor psykotiske lidelser kan opstå, vil med udgangspunkt i et antropologisk perspektiv kunne fortolkes ud fra den særlige måde, som den menneskelige psyke intentionelt er forbundet til verden på. Mennesket er ifølge Bertelens antropologiske teorifremstilling primært handlingsmæssigt intentionel psykisk forbundet til verden i form af tanker, følelser og en fornemmelse for, hvad vi skal eller bør gøre i forskellige situationer og ikke adfærdsmæssigt forbundet som andre primater.

Ud fra dette perspektiv kan skizofrene symptomer, som er kendetegnede ved symptomer på affekt-affladning, styringsoplevelser, tankepåvirkninger og ambivalens, fortolkes som en forstyrrelse af psykens intentionelle forbundethed til verden.

Psykotiske tilstande kan ud fra et antropologisk perspektiv fortolkes, som det fænomen, der kan påvirke bevidstheden om en fri vilje til selv at kunne fornemme, hvordan man bør eller skal handle i forskellige sammenhænge.

En psykologisk forståelse for, hvad det vil sige at blive psykotisk og være psykotisk, kan således objektivt fortolkes ud fra mange perspektiver, men da psykose ikke er et ætiologisk begreb, må en forståelse af den psykotiske lidelse som udgangspunkt tage afsæt i den subjektive oplevelse, som er forbundet med psykosens udtryk og indhold. Årsagen til at psykopatologiske lidelser opstår er fortsat et komplekst spørgsmål, som kræver et større samarbejde med både det samfundsvidenskabelige, naturvidenskabelige og humanvidenskabelige felt at besvare med henblik på forebyggelse og behandling.

## **9. Perspektivering**

I dette speciale har der primært været fokus på en psykodynamisk og antropologisk objektiv forståelse af, hvad der kan føre til psykotiske og psykopatologiske lidelser, hvorimod individets egen subjektive oplevelse af at blive psykotisk og være psykotisk har været et mere eller mindre uberørt emne.

De psykodynamiske og antropologiske teorier har kunnet bidrage med flere teoretiske perspektiver på, hvordan indre og ydre psykologiske forhold har kunnet føre til følelsesmæssige ændringer i form af uvirkelighedsfølelser af selvoplevelser i forbindelse med de psykotiske sindstilstande.

---

En større psykologisk forståelse af og indsigt i de subjektive selvforstyrrelser, som er forbundet med psykotiske lidelser, vil også være et oplagt område at arbejde videre med i forhold til at opnå en bredere og dybere psykologisk forståelse af fænomenet psykose og skizofreni.

I Danmark og mange andre lande er man begyndt at anvende semistrukturerede fænomenologiske selvoplevelsesinterview såsom EASE, der står for "Examination of Anomalous Self Experience", med henblik på at identificere selvforstyrrelser i forbindelse med udredning af skizofreni og andre psykotiske lidelser, idet psykologisk forskning af selvforstyrrelser har kunnet dokumentere, at udforskning af selvforstyrrelser også er af differentialdiagnostisk betydning, især i prodromalfasen for skizofreni, men har også en essentiel betydning for behandlingsalliancen og det terapeutiske forløb (Møller, 2016, P.65).

---

## 10. Litteraturliste

Bentall, P. R. (2003). *Madness Explained*. London: Penguin Books (pp. 3-50, pp. 93-97).

Bentall, R. (2006). Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. 2, 220-223 Tilgået d. 03.03.21, fra <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.09.026>

Bertelsen, P. (2003). *Antropologisk psykologi*. København: Frydenlund. (pp.15-212).

Bliksted, V. (2019). Theory of mind-subgrupper ved patienter med skizofreni *Psyke & Logos*, 2019, 40, 16-30 Tilgået d. 16.04.21

Bowlby, J. (2003). *En sikker base*. (5. ed.). Frederiksberg: Det lille Forlag. (p. 20).

Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015) *Diagnoser*. Aarhus: Forlaget Klim. (pp. 356-357).

Carr, C. S., Hardy, A. & Fornells-Ambrojo, M. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum. *Clinical Psychology Review* 59 145–158 Tilgået d. 17. 04.21 fra <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.001>

Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabsteori*. (2. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur. (pp. 83-85).

Christensen, Ø. T. & Krarup, G. (2011). *Skizofreni Forståelse og behandling*. København: FADL'S Forlag. (pp. 11-63).

Costello, G. C. (1992). Research on Symptoms Versus Research on Syndromes. *British Journal of Psychiatry* (1992), 160, 304-308 Tilgået d. 17.04.21.

Cullberg, J. (1994). *Dynamisk psykiatri* (4. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 23-30).

Cullberg, J. (2001). *Psykosser*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 15-232).

---

Ebisch, H. S. & Aleman, A. (2016). The fragmented self: imbalance between intrinsic and extrinsic self-networks in psychotic disorders. 784-790. Tilgået d. 14.04.21 fra [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00045-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00045-6)

Engel, L. G. (1997). From Biomedical to Biopsychosocial. *Psychosomatics* 1997, 38, 521-528. Tilgået d. 28.03.21 DOI: [10.1016/S0033-3182\(97\)71396-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3)

Erikson, H. E. (1997). *Identitet. Ungdom og kriser*. (ed. 2.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp.13-240).

Freud, S. (1994) *Psykoanalyse* (1994). (2. ed.). Hans Reitzel Forlag. ( pp. 15-18) (pp. 317-496).

Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 49-62).

Goffman, E. (2015). *Hverdagslivets rollespil*. Frederiksberg: Samfundslitteratur (p.255).

Goffman, E. (2016). *Stigma*. (2. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur (pp.43-44).

Guldmann, N. & Rosenberg, R. (2009). Organiske psykiske lidelser In Rosenberg, R., Jørgensen, P. & Videbech, P. *Klinisk Neuropsykiatri*. (p. 171). København: FADL'S Forlag.

Hansen, T. J. (2003). *Selvet som rettethed*. Forlaget Klim. (pp. 194-202).

Hart, S. & Møhl, B (2017). Udviklingspsykologi In Simonsen, E. & Møhl, B. *Psykiatri* (2. ed., pp. 65-128). København: Hans Reitzels Forlag.

Heidegger, M. (2007). *Væren og tid* (1. ed.). Aarhus: Forlaget Klim. (pp. 316-318).

Jørgensen, P. & Rosenberg, R. (2009). Skizofreni In Rosenberg, R., Jørgensen, P. & Videbech, P. *Klinisk neuropsykiatri* (p. 256).

Kant, I. (2015). *Hvad er mennesket?* (1. ed.). København: Informations Forlag. (pp. 27-89).

---

Katzenelson, B. (2004). *Drivkræfter, følelser og erkendelse*. Hans Reitzels Forlag. (pp. 22-24)

Kierkegaard, S. (2017). *Sygdommen til døden*. (3. ed.). Helsingør: Det lille Forlag. (p. 17).

Klein, M. (1990). *Misundelse og taknemmelighed* København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 7-39).

Laloyaux, J., Libera, D. C. & Larøi, F. (2018). Source flexibility in schizophrenia: specificity and role in auditory hallucinations 393-407, Tilgået d. 23.04.21  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1080/13546805.2018.1530648>

Løgstrup, E. K. (2011). *Den etiske fordring*. Forlag: Systime. (pp. 12-20).

Matlin, W. M. (2009). *Cognitive psychology* (8. ed.). (pp. 46-47).

Martins, J. M., Macedo, A., Carvalho, B. C., Pereira, T. A. & Castilho, P. (2019). Are shame and self-criticism the path to the pervasive effect of social stress reactivity on social functioning in psychosis? 52-60. Tilgået d. 12.04.21, fra  
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1002/cpp.2406>

Mamani, W. A., Grak, K., Maura, J., Andino, M. A., Weintraub, J. M. & Mejia, M. (2016). Free will perceptions and psychiatric symptoms in patients diagnosed with schizophrenia. *Jornal of psychiatric and mental Health Nursing*. 156-162. Tilgået d. 28.03.21 fra, DOI: [10.1111/jpm.12293](https://doi.org/10.1111/jpm.12293)

Meer, L., Vos, E. A., Stiekema, M. P. A., Pijnenborg, M. H. G., Tol, M., Nolen, A. W., David, S. A. & Aleman, A. (2013). Insight in Schizophrenia: Involvement of Self-Reflection Networks? Vol. 39 no. 6, 1352-1362. Tilgået d. 02.04.21, fra doi: [10.1093/schbul/sbs122](https://doi.org/10.1093/schbul/sbs122)

Mellergård, M. (2008). Psykiatriske trosretninger 1880-1930. In Krag, V. J. *Psykiatriens historie i Danmark* København: Hans Reitzels Forlag. (147-154).

Mors, O. & Nordentoft, M. (2016). Psykiatriens teoretiske fundament. In Mors, Nordentoft, M. & Hageman, I. *Klinisk Psykiatri* (4. ed., pp. 16-29).

---

Mors, O. (2016). Psykopatologi. In Mors, O., Nordentoft, M. & Hageman, I. *Klinisk psykiatri* (4. ed., pp. 32-52). København: Munksgaard.

Mortensen, V. K. (2011). *Fra neuroser til relationsforstyrrelser* (2. ed.). København: Gyldendal (pp. 25-120).

Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Med mennesket i centrum In Simonsen, E. & Møhl, *Psykiatri* (2. ed., pp. 29-58). København: Hans Reitzels Forlag.

Møller, P. (2016). Schizofreni som selvforstyrrelse – varselfasen som innfallsport til psykopatologisk forståelse. Publisher: Hartervig Forlag Akademik, 65-91, Tilgået d. 01.04.21, fra <https://www.researchgate.net/publication/312054355>

Nordentoft, K. (1972). *Kierkegaards psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 248-250).

Nordentoft, M. & Mors, O. (2016). Skizofreni og skizofrenilignende psykiske lidelser In Mors, O., Nordentoft, M. & Hageman, I. *Klinisk psykiatri* (4. ed., pp. 180-237). København: Munksgaard.

Nordentoft, M. & Vandborg, K. S. (2017). Skizofreni. In Simonsen, E. & Møhl, B. *Psykiatri* (2. ed., pp. 297-380). København: Hans Reitzels Forlag.

Olsen, A. O. & Køppe, S. (1993). *Freuds psykoanalyse*. (ed. 2.). København: Nordisk Forlag A.S. (pp. 380-382) (p. 245)

Petersen, L. F. & Jensen, M. B. (2015). *Perspektiver på psykiatriske diagnoser* København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 14-20).

Pilton, M., Bucci, S., McManus, J., Hayward, M., Emsley, R. & Berry, K. (2016). Does insecure attachment mediate the relationship between trauma and voice-hearing in psychosis? 776-782 Tilgået d. 05.04.21  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.050>Get rights and content

Pruessner, P., Cullen, E. A., Aas, M. & Walker, F. E. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. 191-218 Tilgået d.



---

01.04.2021 [https://www.sciencedirect-com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S0149763416301713#sec0115](https://www.sciencedirect.com.zorac.aub.aau.dk/science/article/pii/S0149763416301713#sec0115)

Rosenberg, R. & Videbech, P. (2009). Neuropsykiatrisk undersøgelser In Rosenberg, R., Jørgensen, p. & Videbech, P. *Klinisk Neuropsykiatri*. (p. 71). København: FADL'S Forlag.

Rominger, C., Bleier, A., Fitz, W., Marksteiner, J., Fink, A., Papousek, I. & Weiss, M. E. (2016). Auditory top-down control and affective theory of mind in schizophrenia with and without hallucinations. *Schizophrenia Research*. 174, 192-196

Rosenberg, E. C. (2006). Psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, Volume 49, Nr. 3 pp. 407 – 424.

Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H. & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. 46-53 Tilgået d. 03.04.2021, fra <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>

Sass, A. L. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 3, 427 – 444 Tilgået d. 12.04.21, fra DOI: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017)

Schjødt, B. & Egeland, A. T. (2006). *Fra systemteori til familierapi* (3. ed.). Jørgen Paludans Forlag. (pp. 40-43).

Stern, N. D. (1999). *Barnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 185-195).

Stern, N. D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 41-233).

Thorgaard, L. (2009). *Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling* (2. ed.). Stavanger: Hartevig Forlag. (pp. 34-59).

Van, Os. J., Kenis, G. & Rutten, BP. (2010). The environment and schizophrenia 203-210. Tilgået d. 20. 03. 21, fra

---

<https://www-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/docview/804784618?accountid=8144>

Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L. & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. 1-9. Tilgået d. 12.04.21, fra DOI: [10.3389/fpsyt.2016.00116](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00116)

WHO ICD-10. (2018). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. (pp.65-96). København: Munksgaard. (pp. 65-96).

Winnicott, W. D. (2019). *Familien og den individuelle udvikling* (ed. 2.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 20-90). (pp. 180-195).

Winnicott, W. D. (2003). *Leg og virkelighed* (2. ed.). København: Hans Reitzels Forlag. (pp. 25-137).

Østergaard, L. (1962). *En psykologisk analyse af de formelle schizofrene tankeforstyrrelser*. København: Munksgaard. (pp. 24-28).