

TRÆTHEDENS HISTORIE.  
Et eksempel på et forskningsemne  
for den humanistiske sundhedspsykologi

Peter Elsass

*Feelings of fatigue:*

Asthenia, anergy, tiredness, weariness, languor, lassitude, depression, melancholia, acedia, apathy, inertia, aboulia, lethargy, exhaustion, vecordia, tediousness, ennui, debility, lack of vitality, lack of vigour, pusillanimity, adynamia, boredom, feebleness, failing of strength, hyperaesthesia, irritability, ahedonia, »being out of sorts«, »out of being«, »feeling knackered« and »down in the dumps«. (Berrios 1991: 369).

*Ud fra et historisk materiale og en aktuel case om træthed, bliver der givet en karakteristik af den humanistiske del af sundhedspsykologien. Den historiske gennemgang af træthed viser bl.a. hvorledes det blev til et begreb til at forstå det industrielle menneske; en krop uden træthed blev et ideal for borgerskabet. I dag er det såkaldte kroniske træthedssyndrom karakteristisk for en række revalidenter, som er på jagt efter en organisk diagnose. En case illustrerer, hvorledes disse patienter er imod en psykologisering af deres situation. Træthedens historie viser, hvorledes symptomet placerer sig i spillet mellem den folkelige og den professionelle opfattelse. Den humanistiske del af sundhedspsykologien har til hensigt at forstå dette komplekse felt som et hele uden at ideologisere enten den ene eller den anden af positionerne.*

Den humanistiske del af sundhedspsykologien har til opgave at udvikle begreber og metoder til at forstå fænomener som f.eks. træthed i komplekse situationer. En gennemgang af træthedens historie viser, hvorledes symptomet placerer sig centralt i spillet mellem den folkelige og den professionelle opfattelse.

Set fra den professionelle position har udviklingen været karakteriseret af en skeptisk holdning overfor patienter, der kun klager over træthed. Opgaven har været at omskrive de folkelige klager til symptomer, der passer ind i den aktuelle diagnostiske kultur.

Set fra den folkelige position har træthed været en reaktion mod en omfattende psykologisering og et ønske om at udtrykke overbelastning; evt. at få en organisk diagnose, som kunne fritage fra belastninger og give behandlersystemets omsorg.

Groft sagt, påstår de professionelle, at den trætte patient ikke fejler noget, og patienten klager til gengæld over ikke at blive taget alvorligt. Aktuelt findes dette modsætningsforhold mellem den professionelle og den folkelige opfattelse indenfor revalideringen, hvor der er en stor gruppe personer, som ikke magter et arbejde og ikke kan revalideres på grund af træthed. Men selv om disse personer subjektivt er lidende, får de ikke en diagnose. Ganske vist er der nogle behjertede arbejdsmedicinere, der har konstrueret diagnosen »kronisk træthedssyndrom« og »kronisk belastningssyndrom«; ikke for at anvise en behandling, men for at kunne argumentere for en pensionering. Disse diagnoser er blevet meget omstridte i fagpressen, bl.a. fordi der ikke er enighed om objektive fysiologiske tegn.

Indenfor klinisk psykologi og psykiatri bliver træthed i sig selv betragtet som en vag præsentationsklage, som i et assessmentinterview vil blive omskrevet til delsymptomer indenfor hovedgrupper som f.eks. depression, somatoforme sygdomme og angst. Men hovedparten af de trætte patienter vil ikke finde sig i at få en psykiatrisk diagnose og tager ikke imod et psykoterapeutisk behandlingstilbud. De er på jagt efter en diagnose, hvor trætheden i sig selv kan stå for pålydende; den må gerne have en organisk årsag, men den skal ikke psykologiseres. De professionelle har stillet op i forskellige positioner i dette spil mellem den folkelige og den professionelle opfattelse. Nogle har taget parti for klientens position og beskrevet træthed som et symptom på kulturelle og samfundsmæssige forhold, andre har skrevet det ind i en psykodynamisk forståelse, og andre har ledt efter den organiske årsag.

Som humanistisk disciplin er det sundhedspsykologiens hensigt at analysere diagnoser og symptomer som f.eks. det kroniske træthedssyndrom og den subjektive oplevelse af træthed i en bredere sammenhæng uden nødvendigvis at tage parti for hverken patient eller professionel. Opgaven kan være at undersøge, hvorledes begreber og symptomer omtales på forskellige tider, analysere deres magtmæssige betydning i spillet mellem patient og professionel, at afdække ideologien og epistemologien, og dermed sætte spørgsmålstegn ved medicinens og psykologiens videnskabelighed.

Den historiske udvikling af træthed er en række betegnelser som ændrer sig, hver gang de kommer i miskredit. Asteni, bliver til neurasteni, som i dag opløser sig i andre betegnelser som depression, det kroniske belastnings syndrom etc. Operationelt vil man indenfor de diagnostiske systemer argumentere for at træthed er en for usikker nomenklatur med en mangelfuld begrebsmæssig afklaring og dermed uanvendeligt i et operationelt defineret sygdomskategori.

Men indenfor den humanistiske sundhedsforskning vil man netop tage disse tilsyneladende vage begreber, som en oplagt indgang til at forstå sygdom- og sundhedspraksis.

### **Den historiske kontekst; skabelsen af neurasthenien**

Træthed som symptom er beskrevet allerede i antikken, men ikke som tegn på egentlig sygdom. I 1733 beskriver Cheyne nogle træthedstilstande som sygdomme og påstår, at de er forårsaget af det usunde liv i de engelse storbyer; sygdomme som udløses i kombination med andre faktorer som arvelig anlæg og legemlig overanstrengelse. De folkelige symptomer får en medicinsk omskrivning og bliver karakteriseret som »nedsat tonus og kraft i nervefibrene«; de engelske betegnelser er f.eks. »lowness in spirits«, »heaviness and dislike to action«, »impatience« og »abnorm delicacy and sensibility of the nervous system« (Birket-Smith 1960).

I den første halvdel af 1800 tallet begynder man at differentiere mellem forskellige såkaldte nervelidelser og omtaler asteni under hypokondri, der ligesom hysteri dengang blev betragtet som en legemlig sygdom. Det patogenetiske grundlag for »weak nerves« blev tillagt livet i de store overbefolkede byer, psykiske traumer, overanstrengelse og medicinmisbrug. Men selv om der er perioder i det forrige århundrede, hvor man mener at kunne påvise en anatomisk, fysiologisk årsag, som f.eks. Hirsch's »spinalirritation« (Hirsch 1843, ref. fra Birket-Smith 1960: 14), så understreger de fleste manglen på organisk substrat. Tilstanden bliver karakteriseret som funktionel og næppe patologisk i sig selv og beskrives ved en række associerede symptomer i forskellige alternerende kombinationer. Ligesom i dag var trætheden ikke patogenetisk for en diagnose, hvis den i det hele taget isoleret set kunne tages som et sygdomstegn, når der ikke i øvrigt var en legemlig sygdom.

Diagnosen neurasthenia blev introduceret af Beard i 1869 og baserede sig på en gennemgang af 30 cases af træthed, som havde voldt behandlingsvanskeligheder. Symptomerne var mangfoldige, og Beard opregnede mere end 75 tegn på sygdommen og konkluderede bl.a., at »hver tilfælde af neurasthenia var et studie i sig selv« (Abbey & Garfinkel 1991: 1639). Beard omtaler klarere end de foregående læger samfundets omlægninger som hovedårsagen til trætheden. Det gav anledning til en debat om træthed skulle betragtes som resultatet af det moralske og intellektuelle pres, som det moderne menneske blev udsat for, eller om træthed havde været udbredt til alle tider og i alle samfund.

Historikere som f.eks. Shorter (1992) anfører, at træthedssymptomerne bliver specielt udbredt i 1860-erne. Neurasthenia får en sådan udbredelse, at Pontoppidan (1886) advarer mod, at den bliver gjort til »pulterkammer for en mængde forskelligartede tilstande«. I slutningen af forrige århun-

drede opløser neurastenia sig som en symptomatologisk enhed og bevarer snarere som begreb, som giver anledning til patogenetiske spekulationer for de til træthedens associerede tilstande som irritabilitet, ængstelse, stemningsuligevægt, depression, støjoverfølsomhed etc.

I begyndelsen af dette århundrede optræder de første udelukkende psykologiske hypoteser. Flere som f.eks. Strümpell et al. (1900, ref. fra Birket-Smith 1960: 16) beskriver træthed som forårsaget af ændringer i forestillingslivet. Janet giver i 1903 som en af de første udtrykket »svækket nervekraft« en grundig psykologisk beskrivelse; nervekraft bliver kaldt »tension psychologique«. Det er velkendt, hvordan Freud gik til neurastenien med sin analytisk skarphed og udskiller først angstneurosen fra neurastenien. I senere arbejder samler han neurasteni, angstneurose og hypokondri under betegnelsen »aktualneroser«, som adskilles fra »psykoenuroserne«. Hermed lægger han grundlaget for at tilskrive symptomer den symbolbetydning, som bliver udgangspunktet for psykoanalysen og den psykodynamiske tænkning. Historisk set er interessen for trætheden således en vigtig forudsætning for dannelsen af den psykodynamiske psykologi.

Men parallelt hermed optræder der psykologiske synsmåder, som ikke lægger vægt på en forståelse og årsagsforklaring, men på objektiv beskrivelse og kategorisering; en slags betonpsykologi, hvor trætheden tillægges noget konstitutionelt. Specielt under 1. verdenskrig bliver asteni beskrevet som en af de hyppigste krigsneuroser. Men da krigens overlevende næsten alle er karakteriseret af udtalt træthed, begynder man at forkaste neurasteni-dagnosen, fordi det ikke giver mening at beskrive en så stor gruppe som syge. Man begrunder det med, at der ikke er erkendte legemlige symptomer, og at træthedssymptomer ikke falder ind under de psykiatriske sygdomskategorier. Denne diskussion er parallel til debatten der i dag føres om PTSD-diagnosen, som opstod som en reaktion på alle de hjemvendte Vietnam-soldaters uspecifikke psykiske symptomer.

I 20-erne bekæmper de professionelle den vage amorfe folkelige opfattelse af træthed ved bl.a. at sondre mellem en exogen »overbelastnings«-neurasteni, og en endogen neuasteniform tilstand, i betydningen psykisk konstitutionel anomali. Et eksempel på den sidste betydning er Schneiders betegnelse under psykopatibegrebet; »astenisk psykopati« (1923, ref. fra Birket-Smith 1960: 81), som i nogen grad er bevaret i dag i personlighedsforstyrrelserne indenfor den anti-sociale personlighedsforstyrrelse (Millon & Davis 1996).

Selvom der således op igennem historien er mange ansatser til at beskrive kulturelle årsager til træthed, er det karakteristisk, at der er en konstant afsøgning af legemlige årsager. Birket-Smith (1960) giver en oversigt over, hvorledes forskellige legemlige hypoteser opstår som en reaktion imod psykologisering. Dårlig blodcirkulation sættes som årsag ved den såkaldte »neurocirkulatoriske træthed«. Under 1. verdenskrig bliver træthed omskrevet til hjerteforstyrrelser som f.eks. »irritable heart« og

»soldiers heart« (Brket-Smith 1960: 22). Senere opstår der hypoteser om abnormiteter i kulhydratstofskiftet, f.eks. den »funktionelle hypoglykæmi«, eller der opstår forklaringer om »relativ binyrebarkinsufficiens« etc.

Shorter giver eksempler på, hvorledes den professionelle altid har søgt efter legemlige forklaringer på trætheden, men også at store dele af befolkningen altid har været på jagt efter en organisk diagnose for deres træthed (Shorter 1992). Den udvikling har fortsat uforandret. I dag er det velbeskrevet ved en række somatiske sygdomme, at der kan opstå træthedssymptomer parallelt med fysiologisk patologi. Shorter redegør for, hvorledes befolkningen i dag overtager denne somatiske hypotesedannelse i jagten på den organiske diagnose; i et forsøg på at undgå en omsigribende psykologisering.

### **Den aktuelle kontekst; skabelsen af det kroniske træthedssyndrom**

I dag har neurasteni-diagnosen fået en afløser i det kroniske træthedssyndrom; »Chronic fatigue syndrome«. Nogle argumenterer for, at det indbefatter mere end, hvad Beard beskrev under neurasteni-diagnosen i 1869 (Abbey & Garfinkel 1991). I dag ser man ikke træthedssymptomer som nogle, der kan samles i afgrænsede syndromer, men siger, at de repræsenterer forklaringsbetegnelser for en bred vifte af funktionelle somatiske symptomer. Wessely (1990) argumenterer for, at den kroniske træthedsdiagnose har fået sin store popularitet ligesom neurasteni-diagnosen havde det i forrige århundrede, fordi den lægger vægten på en ikke-psykiatrisk/psykologisk forklaring af trætheden.

Diagnosen »kroniske træthedssyndrom« bliver anvendt ved en betydelig reduktion af personens tidligere aktivitetsniveau; en generel, udbredt træthed, der giver anledning til en indskrænket arbejdsfunktion. Den udtalte træthed skal vedvare i mere end 24 timer. Dertil en række associerede symptomer som div. »neuropsykologiske« klager. Patienter med kronisk træthedssyndrom har en så markant reduktion af deres funktionsniveau, at de som regel ikke længere er i stand til at påtage sig fuldtidsarbejde. De fleste tilstande bedres i løbet af et par år, men der er beskrevet længerevarende forløb.

Abbey og Garfinkel (1991) har sammenlignet neurasteni-diagnosen med det kroniske træthedssyndrom og har vist, at der er et betydelig overlap mellem symptomerne. Begge har som tema, at kroppens »naturlige reserver« bliver overbelastet og, at træthedssymptomerne kan betragtes som en kompenserende adfærd. Beards tilskrev i det forrige århundrede at symptomerne skyldtes dramatiske ændringer i samfundet, som f.eks. de forandrede arbejdsformer som industrien havde indført og den hurtige udveksling af information som bl.a. telefonen og telegrafene havde medført. »Neurastenikeren producerede sine træthedssymptomer

som en retfærdiggørelse for at være syg og for at slippe for et for krævende arbejde« (Beard 1869, ref fra Abbey & Garfinkel 1991: 1643). Det kroniske træthedssyndrom er i dag blevet iklædt de samme overbelastningstemaer, men indskrevet i fysiologiske termer, f.eks. forårsaget af en immun-dysfunktion eller en forøget modtagelighed for en viral-infektion. En række forstyrrelser i både den humorale og celledmedierede immunitet er blevet beskrevet som årsagen til den kroniske træthed, og der er f.eks. blevet draget paralleller til AIDS for at legitimere diagnosen. Men disse kausalitetshypoteser er aldrig blevet valideret. I en række populærvideenskabelige bøger er den stigende forurening blevet angivet som årsag og har givet anledning til behandlingsforslag som er blevet modtaget positivt af patientgrupper med associerede tilstande som fibromyalgi, premenstruelt syndrome, hypoglykæmi etc. (Shorter 1992).

Kvinder er både i forrige århundrede og i dag overrepræsenteret i diagnoserne: neuroasthenia og det kroniske træthedssyndrom. I den sociale konstruktion af diagnoserne tilskrives kvinderne at være i en mere udsat position end mænd, fordi der lægges et større pres på deres roller i det nye, industrialiserede samfund. Showalter (1985) argumenterer for, at diagnoserne for kvinderne med træthed har drevet fra neurasthenia til hysteri og videre til anorexia nervosa og i dag til det kroniske træthedssyndrom.

De historiske paralleller er slående. Set fra den lægevidenskabelige position mener Abbey & Garfinkel (1991), at det ud af den heterogene lægevidenskabeligt baserede symptommatrix blev muligt at identificere en række psykiatriske og medicinske sygdomme; det, der blev tilbage, blev til ufashionable symptomer som efterhånden forsvandt, da samfundet bevægede sig ind i det 20-ende århundrede. Den samme lægelige spådom udsiges om det kroniske træthedssyndrom; patienterne vil blive identificeret som havende nogle afgrænsede psykiatriske diagnoser, hovedsagelig depression, dystymiske tilstande og somatisering. Hos andre patienter vil trætheden blive tilskrevet en form for folkelig sygdomsadfærd (»illness«), som ikke kan behandles af lægelig vej. Ved denne sidste gruppe bliver trætheden ledt uden om en lægelig kategori (»disease«) og bliver til en form for kulturelt sanktioneret sygdomsadfærd, der kun kan forstås ud fra den enkelte i hans konkrete kontekst.

Problemet for lægevidenskaben bliver, at den ofte forgriber sig på den folkelige sygdomsadfærd og enten diagnosticerer patienterne som havende en emotionel dysfunktion (f.eks. angst eller depression) eller fører dem over i de mere esoteriske diagnoser som fibromyalgi, hypoglykæmi eller de nye mode-sygdomme, som i USA bliver betegnet som »environmental hypersensitivity syndrome«, »systemic candidiasis« etc.

De psykologisk indstillede læger har gennemskuet denne jagt efter en organisk diagnose for trætheden, og mange nægter at sygemelde patienten. Når patienterne ikke får en medicinsk orienteret hjælp, klarer de sig selv og organiserer sig i alternative patientforeninger og selvhjælpsgrup-

per. Scenariet giver en påmindelse om, hvor megen appel og status, der kan være i en medicinsk diagnose og hvor stor en stigmatisering, der er ved at få påført en psykologisk problematik eller en psykiatrisk diagnose.

Historien om det kroniske træthedssyndrom afslører således, hvor megen magt, der kan være i brugen af en videnskabelig metafor. Den objektive diagnose giver autoritet i såvel behandleres som patienters forståelse af reaktioner på en hurtig forandrende og stressfyldt verden og demonstrerer den kulturelle udformning af både *illness* og *disease*.

Kleinman (1986) har studeret forholdet mellem depression, somatisering og social stres hos en gruppe kinesiske patienter med udtalt træthed. Uanset om deres træthed fik en officiel lægelige diagnose eller ej, kunne den altid placeres i en folkelig kulturel konstruktion, som kunne forstås ud fra den enkeltes måde at leve livet på i en specifik socialpsykologisk kontekst. Selvom patienterne fik tilskrevet div. psykiatriske eller somatiske diagnoser og behandlinger, var det den kulturelle og sociale konstruktion, *illness*-adfærden, som bestemte symptomernes tilstedeværelse. Kleinmann konkluderede: »Only those patients improved who resolved a major family or work problem« (1986:103). I dag er der i lægelige kredse udbredt enighed om, at behandlingen af patienter med det kroniske træthedssyndrom består i at løse psykologiske problemer (Abbey & Garfunkel 1991).

### **Den kulturelle kontekst; skabelsen af »menneske-maskinen«.**

Træthed som fænomen er interessant, fordi det bevæger sig mellem forskellige videnskaber og litterære produktioner og dermed viser en tendens til at sætte andre grænser mellem det psykologiske og det fysiologiske felt. Træthed gør kroppen til en arena, hvorpå sociale og psykologiske deformationer og forskydninger kan observeres.

Gennemgangen af træthedens historie viser, at begrebet får udbredelse i slutningen af forrige århundrede. Nietzsche spurgte i 1888: »Where does our modern world belong – to exhaustion or ascent« (Rabinbach 1992: 19). Udsagnet er karakteristisk for den situation som civilisationen var i. Træthedsmetaforen var blevet symptomatisk for middelklassens udbredte frygt for, at samfundet var blevet drænet for sin akkumulerede energi og derfor blevet tvunget til hvile. Det industrialiserede samfund var blevet så hurtigkørende, med en så krævende produktionsproces og med så mange sociale forandringer, at trætheden var blevet en nødvendig modforholdsregel. Udmattelsen blev til nemesis for ideen om det store fremskridt.

*Man har sikkert ret til at betegne den overhaand tagende nervøsitet som en af det moderne samfunds største forbandelser. Ikke blot giver den sig vidnesbyrd i den tiltagende hyppighed af sindssygdum og selvmord, men den bidrager idet hele væsentligt til at paatrykke vor tid dens eien-dommelige præg. Den større fart, der nutildags er kommen i tilværelsen, den uro og hast, der præger alle forhold, er udtryk for et intensivere hjer-neliv; men jo større fordringer der stilles til nervesystemet, desto letter udtømmes dets kraft, desto før svigter dets modstandsevne. Og jo større anstrængelser vort aarhundredes civilisation har kostet, jo hidsigere der har været arbeidet på slægtens fremskridt og velvære, desto mere er vor nervøse constitution blevet forringet. Heri maa vi sikkert ogsaa søge en af grundene til at vi trods alle vore triumfer på videnskabernes og de praktiske opfindelsers omraade langt fra have naaet nogen guldalder af sundhed, lykke eller tilfredshed. Meget mere præges vor tids physionomie af saa megen fortrædelighed og bitter pessimisme, at vi i eet væk fristes til at ønske de gode gamle dage tilbage med deres harmoniske ro og hygge. ...*

*Endeligt er der grund til at fremhæve, at den nervøsitet som livet i de store byer fremavler, ikke truer alle stænder og klasser ligeligt. Det er ikke i arbejdsklassen, at nervøsiteten griber om sig; her er det heelt andre samfundsonder, der udgjøre vor tids ulykke. Det er heller ikke »the upper ten thousand«, det vil sige dem, der er komne høiest tilveirs i so-cial og økonomisk henseende, som ere særligt udsatte; thi skjøndt det yp-pige liv og den raffinerede luxus ogsaa har sine farer, saa er der dog gi-vet netop disse mennesker mange midler ihænde til at skærme og skaane sig. Den klasse derimod, for hvilken den nervøse elendighed i særlig grad er tidens ulykke, det er den saakaldte dannede mellemklasse, det er dem, der i kampen for tilværelsen repræsenterede de kæmpende, de saa-rede og de slagne, det er den fattighed med pretentioner, til hvilken de fle-ste af os høre, vi som økonomisk talt ere proletarer, men som dog fordre deelagtighed i de høiere sociale nydelser. Denne klasse mennesker arbe-ider for udkommet under en stedse haardere concurrence, og jo mere de arbeide, desto stærkere incitammenter trænge de til, desto mere kryderie fordre de på livet. Men midlerne til denne forfinede tilværelse tilveje-bringes på bekostning af nervesystemet, som stadigt må præstere forøget arbeide. Og hvad mere er: i deres iver for at komme fremad og tilveirs udsætte disse mennesker sig for alle de oprivende sindsbevægelser, der følge med ærgerrigheden og dens skuffelser, med forretningsmandens speculationer eller med en vis art af alt opslugende politisk fanatisme. Kommer nu hertil en smaat, men stadigt nagende sorg for udkommet, saa ere betingelser givne for en fuldstændig nervøs ødelæggelse.*

... Pontoppidan, K.: Neurasthenien. Bidrag til skildringen af vor tids nervøsi-tet. Bibliotek for Læger. København, 1886: 3-4.



For en række af 1800-tallets intellektuelle blev træthed identificeret med modernitetens symptom. Opløsningen af de gamle arbejdsforhold, usikkerheden ved den forrygende udvikling af produktionsmidlerne, industrialiseringen og konsumerismen gjorde, at mange blev optaget af det sociale livs patologi. Der blev stillet så store krav til den enkeltes ydelse i det moderne samfund, at han kun kunne svare igen med symptomer som stillede ham i en position, hvor der blev forlangt mindre af ham. Trætheden blev til en forståelig undvæрге, og de intellektuelle gav den videnskabelig prestige, ikke alene indenfor lægevidenskaben, men også indenfor litteratur og filosofi.

Før Beard indførte neurastheni diagnosen i 1864, var der ikke i den officielle amerikanske lægevidenskab indexeret noget studie af træthed (U.S. Surgeon General Index, Rabinbach 1992: 20). Men i år 1900 var der over hundrede studier over »nervous exhaustion«, »brain exhaustion«, »asthenia« og »spinal exhaustion«. Trætheden som lægeligt symptom blev ikke alene tilskrevet fysisk overanstrengelse, men også konstitutionelle fysiske og psykiske patologier. Trætheden i det psykiske liv blev af flere læger og fysiologer indskrevet i en række sociale dysfunktioner som kriminalitet, alkoholmisbrug og seksuelle perversioner. Historikeren Rabinbach har udtalt, at i forrige århundrede opstod der en »næsten manisk videnskabelig optagethed af træthed, som et udtryk for angsten for opløsningen, faldet, den sociale disintegration og selv den kosmiske død« (1992: 21).

Med træthed som kardinalsymptom var grunden lagt for beskrivelsen af en række nye sociale patologier. Alkoholmisbrug, mangelfuld uddannelse, tabet af social position, arbejdsløshed, kriminalitet, opløsningen af familien, det indholdsløse i arbejdet; alt sammen producerede det en psykisk tilstand som kunne adskilles fra andre psykiske patologier. Degenerationen, forfaldet og den kulturelle dekadence i »fin-de-siècle« gav anledning til nye videnskaber med nye satsningsområder som modvægt; den moralske regeneration til modvægt for degenerationen, den sociale optagethed af lighed og velfærd i stedet for ulighed og klasseforskelle, og ikke mindst den videnskabelige interesse for fysisk og psykisk sundhed i stedet for sygdom. Den første grundsten blev lagt til en sundhedspsykologi, som så ud over den snævre lægelige og psykologiske videnskab, og som supplerede med et vidtfavnende perspektiv, hvor den kulturelle krise blev afspejlet i fysiske, psykiske og sociale patologier.

Det er interessant at se, at trætheden fik forskellig udtryk i henholdsvis Frankrig og England.

Med det militære nederlag i 1870 blev Frankrig kastet ud i en anden form for kulturelt forfald med en stigende bekymring for dekadencen og opløsningen. Der opstod en ny videnskab om social hygiejne, som baserede sig på et teoretisk og næsten moralsk grundlag med en tvangsmæssig optagethed af træthed. Philippe Tissié udtalte i 1887, at »den nye ge-

neration er født trætte og er et produkt af århundredets opløsning« (ref. fra Rabinbach 1992: 22). Som modvægt grundlagde han den såkaldte rationelle gymnastik, som forøvrigt hurtigt drev op til Danmark.

England havde derimod større held med sin industrielle udvikling og med omlægningen af det traditionelle agrare samfund. Her blev træthed ikke nødvendigvis set som et negativt tegn på samfundets opløsning, men snarere som kroppens naturlige modstand mod produktionskravene. Træthed repræsenterede en legitim grænse for individets fysiologiske og psykiske formåen i et samfund, der skulle kontrolleres for ikke at udvikle sig til at blive en illegitim og destruktiv kraft. Trætheden blev til et begreb, ved hjælp af hvilket det industrielle menneske kunne forstås og forvaltes, og en krop uden »træthed« blev idealet for det industrielle borgerskab. Der blev udviklet forskellige empiriske mål for træthed og produktivitet. Som et resultat heraf opstod socialmedicinen med et erklæret formål om at forstå forholdet mellem de sociale og arbejdsmæssige betingelser for fysisk og psykisk sundhed. Man havde forhåbninger om, at videnskaben kunne mediere en neutral og objektiv løsning på en social konflikt.

I den medicinske litteratur skete der således i slutningen af forrige århundrede en forandring i opfattelsen af arbejdet. Overarbejde, overanstrengelse og træthed blev til nye taxonomier for et andet syn på arbejdsbetingede sygdomme. I 1875 blev den første lægevidenskabelige artikel publiceret i *Lancet* af Poore, som forsøgte at give nogle objektive opdelinger af træthed i generelle og lokale, akutte og kroniske dimensioner (Rabinbach 1992: 38).

I det forrige århundrede var arbejdet i centrum. Den sociale modernitet, forsøget på at overskride klassekonflikterne og den sociale omstrukturering skete ud fra en kosmologi om, at det var muligt at rationalisere det menneskelige legeme; »the human motor«. Det var legemet, der var den produktive kraft, som kunne transformere naturlige energiformer til mekanisk arbejde og integrere den menneskelige organisme i en højt specialiseret og teknologisk arbejdsproces. Marxs billede af moderniteten var den utrættelige transformation af den menneskelige arbejdskraft til kapital. Taylors utopi var, at kroppen skulle indgå i en harmonisk relation mellem natur og samfund. Kosmologien var, at fabrikken og arbejdet var extensioner af »the human motor« og trætheden og udmattelsen blev taget som tegn på den individuelle funktionsduelighed. Shopenhauer, Nietzsche, Ribot skrev i samme periode trætheden ind i litteraturen med referencer til moderniteten og dens omlægninger.

Stat og subjekt var gensidigt afhængige af hinanden, og statens overlevelse var afhængige af de enkelte personers ydeevne og dermed træthed. Træthed blev til statens middel, og skulle de enkelte personer være producenter og værnepligtige for staten, gik det ikke an, at de klagede over træthed. Samtidig kunne staten ikke misbruge den enkelte, og for at

markere sine grænser udtrykte han træthed i belastningssammenhænge.

Men i dag har det arbejds-centrerede samfund gradvist mistet sin oprindelige interesse for »the human motor«, og legemet og trætheden er blevet indskrevet i nye paradigmer. »The human motor« har stadig metaforisk legalitet i den sociale og politiske modernitet, men trætheden har overlevet i nye sammenhænge og fået andre former. Samfundets evne til at reducere de sociale risici uden at skade den industrielle vækst og uden at begrænse den enkeltes autonomi har fået lavere prioritet.

Med omlægningen af velfærdssamfundet er der ikke længere den samme optagethed af langtidsvirkningerne af div. produktionsformer og reformer. Bekymringerne går snarere på de sociale og kulturelle omkostninger ved at beskytte individet mod sociale risici; sundhed har i dag bevæget sig bort fra en udvikling af kompenserende modeller for risikobeskyttelse fra arbejdslivet til større domæner af det sociale liv. Menneskemaskinen bliver i dag indskrevet i langt flere sammenhæng end arbejdspladsen, og trætheden er blevet et anliggende for meget mere end nedslidning, overanstrengelse og stress.

En lang række intellektuelle som f.eks. Giddens, Habermas og Gorz har beskrevet den væsentligste ændring i det postmodernistiske samfund som ophøret af det arbejdscentrerede samfund. Den manglende interesse for arbejdet har givet en større opmærksomhed på den forøgede fritid og det voksende forbrug og til nye former for socialitet og kommunikation. De første omlægninger skete i 50-erne med den begyndende diskussion om betydningen af arbejdets automatisering og computerisering. Arbejderen blev løftet ud af det fysiske slid ved hjælp af en nyudviklet universel intelligens, og den faglærtes håndværk blev trængt af fremmedgørelsen og arbejdsløsheden. Det fysiske arbejde blev erstattet af nye mentale forestillingsbilleder, andre kommunikationsmåder, ny cybernetik og en anden selvregulering.

I dag betoner mange som f.eks. Rabinbach (1992: 298), hvorledes det manuelle arbejde har fået en mere cerebral karakter og blevet iklædt kognitive og semiotiske former. Skiftet fra den marxistiske til den post-marxistiske diskurs har fremhævet sproget, meningsdannelserne og den symbolske kommunikation. Dermed har kroppen og trætheden også fået nye former.

Vi ser det bl.a. herhjemme med revalideringsklinikkerne, der ændrer form. De er ikke længere primært optaget af værkstedsomsikling til nyt arbejde, men lægger vægt på den psykiske udvikling til nye samfundsformer for den arbejdsløse. Opgaven for den humanistiske sundhedspsykologi er at læse disse nye træthedstilstande fra nye positioner og dermed give den andre perspektiver.

## Disease-adfærden; skabelsen af diagnosesystemet

Overordnet set vil den humanistiske sundhedspsykologi have en speciel interesse for, hvorledes lægmandsoplevelsen, den subjektive træthed, kan ses som en konstruktion; som et forsøg på en autonomi fra det omsiggribende professionelle system; illness-adfærdens kamp mod disease-opfattelserne. Den vil forholde sig kritisk over for forsøget på at videnskabeliggøre trætheden ved bl.a. at få den placeret i det diagnostiske system.

Indenfor psykiatrien og nogle dele af den kliniske psykologi er der en form for akademisk holdning, som er optaget af at omskrive en række væsentlige problemstillinger til spørgsmål om den rette diagnose. Specielt de lettere kliniske psykologiske tilstande har været udsat for en næsten ideologisk kamp om den rette diagnostiske forståelsesmåde; en kamp som er blevet maskeret i en afprøvning af forskellige diagnosesystemers validitet. Trætheden er ligesom angsttilstandene og det depressive spektrum blevet en del af, hvad Shorter kalder »the boggy swamp of diagnostic scientism« (1997: 288).

Diagnosesystemerne er blevet arenaer for fagpolitiske kampe mellem på den ene side: psykologernes optagethed af at psykologisere forskellige former for distress, lidelse og belastning i dagligdagen, og på den anden side: psykiaternes kamp for at medikalisere de samme fænomener og evt. lukke dem inde i div. neurovidenskaber for at finde biokemiske årsagsagenter. Groft sagt, har psykologerne skiftet fokus fra sygdom til ulykkelighed, og psykiaterne har trukket i den modsatte retning.

Da en arbejdsgruppe indenfor American Psychiatric Association udarbejdede det første DSM-system i 1952, havde en række psykoanalytikere stor medindflydelse og fik f.eks. indført grundige psykodynamiske beskrivelser af, hvad der den gang blev kaldt »psychoneurotic disorders«. Men i de følgende udgaver forsvandt den psykodynamiske nomenklatur og blev erstattet af en traditionel positivistisk holdning. Diagnoserne blev ganske vist mere operationelle, og der kunne opnås større enighed om dem i den konkrete dagligdag, men de mistede deres forklaringsværdi og gav ikke de samme muligheder for klinisk forståelse. En af konsekvenserne var, at antallet af de forskellige sygdomme steg fra udgave til udgave. DSM-II (1968) havde listet 180 forskellige diagnoser, DSM-III (1987) forøgede antallet til 292 og DSM-IV (1994) til 297. Indenfor de fleste andre medicinske specialer finder man ikke så stort et antal diagnoser (Shorter 1997).

En af de interessante videnskabshistoriske fænomener ved diagnose-systemernes udvikling er, at selv om man i høj grad har holdt sig til de klare observerbare symptomdata, har de enkelte diagnoser alligevel være styret af en ideologisk lobbyvirksomhed. F.eks. blev PTSD-diagnosen lempet ind i systemet for at give en økonomisk mulighed for at hjælpe de hjemvendte Vietnam soldater udenom det iøvrigt tungt belastede psykiatriske system (Elsass 1997). Og nogle af de såkaldte personlighedsfor-

styrrelser blev markedsført af kliniske psykologer som f.eks. Millon, der anså dem som en vigtig strategisk mulighed for at få klinisk psykologi placeret i det i forvejen så tungt psykiatrisk belastede diagnosesystem (Millon & Davis 1996).

Trætheden har været en vigtig del af dette fagpolitisk slagsmål og er på samme måde blevet opløst og spredt ud på disse nye diagnostiske dannelser. Der er således mange undersøgelser, der forsøger at omskrive patienter med kronisk træthed til psykiatriske sygdomme og f.eks. kan bevise, at patienterne har en høj prævalens af hovedsagelig depressive sygdomme, dystymi og somatoforme lidelser (se oversigt hos Abbey & Garfinkel 1991).

### **Illness-adfærd; skabelsen af en modreaktion**

Træthed i den folkelige og den fænomenologiske udformning passer ikke ind i diagnosesystemerne.

I Birket-Smiths disputats fra 1960 er det karakteristisk, at han karakteriserer træthedspatienter som »hjemløse« i nosografisk forstand. Efter at have gennemgået en ca. 65 patienter, som havde træthed som væsentlig klage og sammenlignet dem med en kontrolgruppe, måtte han konkludere, at han havde svært ved at give nogle klare og entydige karakteristika for gruppen. Han måtte »nøjes« med en mere kvalitativ opgørelse for »en række abnormiteter og påfaldende træk på såvel det genetiske, som på det sociale, det psykiatrisk-psykologiske og det somatologiske område« (1960: 170). Netop denne vaghed i deres symptomer havde gjort dem vanskelige at passe ind i nogle diagnoser.

I dag står man med de samme diagnostiske vanskeligheder med de hjemløse træthedspatienter. Deres illness-adfærd er for vag, skiftende og flukturerende til det logiske, konsistente og regelbundne disease-system. Shorter har i en historisk gennemgang af de psykosomatiske sygdomme beskrevet, hvorledes patienter i dag er på jagt efter en organisk diagnose og redegører for, hvorledes nogle vage symptomer som f.eks. træthed bliver ingredienser til modesygdomme. Han nævner, at specielt patienter med kronisk træthed reagerer kraftigt mod at få en psykiatrisk diagnose, kraftigere end hvad der ses hos patienter med almindelige somatiske sygdomme. »Needless to say, psychiatrists are unwelcome in the subculture of chronic fatigue« (1992: 317). Disse subkulturer af invalider vil hellere have uspecifikke organiske sygdomme som f.eks. madallergier, hypoglykæmier; såkaldte »diseases of pathoplasticity and environmental hypersensitivity«. Patienterne trækker enkelte aspekter frem fra den kulturelle symptompulje for modeskabte sygdomsmodeller, forstærker dem og gør dem til deres egen personlige opfattelse af, hvad der foregår i kroppen.

Mange af patienterne er blevet ude af stand til at forstå deres træthed i social isolation og går sammen i patientforeninger og søger alternativ be-

handling. Enkelte læger følger dem ind i en subkultur, som har tabt troen på det dominerende medicinske system. I stedet for at tage fat i den folkelige oplevelse, iklæder patienterne sig symptomer, som de bl.a. får fra mediernes omtale af div. modesygdomme (Shorter 1992: 323).

Et eksempel på hvordan træthedspatienterne kæmper for at beholde deres folkelige oplevelse og er imod såvel lægelig som psykologisk indblanding er YDUN-sagen:

På nogle revalideringscentre i Nordjylland har man en speciel holdning til revalideringsarbejdet. I sin målsætning skriver forrevalideringsklinikken YDUN, at formålet bl.a. er »at styrke revalidenternes evne til selvforvaltning og øge livskompetancen«. Målgruppen er »personer med ringe, ustabil eller ingen arbejdsmarkedstilknytning, – personer som udover fysiske, psykiske eller sociale problemer har afledt social erhvervs-hæmning«. Nogle af revalidenterne har nogle af de »nye« sygdomme som f.eks. fibromyalgi med associerede træthedssymptomer. YDUN tilbyder aktiviteter som f.eks. undervisning og samtalegrupper om »menneskets udvikling«, »sorg og krise«, »vores forsvarsmekanismer«. Nogle af medarbejderne har en psykoterapeutisk uddannelse og har etableret en form for samtalegrupper.

Hovedparten af revalidenterne har været tilfredse med disse revalideringsophold. Men på nogle af revalideringsklinikkerne er der revalidenter, som har oplevet det psykologiske arbejde som en grænseoverskridelse og er gået til medieerne:

*»Det er efter min mening forfærdeligt, det der foregår. Vi kommer for at få en afklaring omkring den fremtidige erhvervsevne og skulle gerne strutte af selvtillid, når vi var færdige, men hvad sker der? Nogle føler, at det var nemmere, hvis man ikke var mere, nogle får ekstra nervepiller. Mange er hunderædde for, hvad fremtiden byder på. Mange føler, de er blevet krænkede ud over alle grænser« (Vendssysel Tidende. 17 juli 1998).*

*»Spar de syge for flere ydmygelser og kontrolforanstaltninger. Brug i stedet pengene på at give dem en tålelig tilværelse«. (Vendssysel Tidende. 9 juli 1998)*

*»Jeg har aldrig døjet med min psyke før jeg kom på REVA« (Vendssysel Tidende. 18 marts 1998).*

*»Vi kursister, som måtte skrive under på en kontrakt med, at vi er psykisk syge og mindre begavede« (Vest Kysten. 18 marts 1998).*

I en efterundersøgelse (Højgaard 1998) refereres fra opfølgningssamtaler:

*»Hun synes, at holdlederne søger at åbne revalidenderne, men formår ikke at lukke dem ned igen, hvilket hun finder forkasteligt. Hun opfatter holdlederne som værende ensrettet uden egen mening, hvilket hun finder farligt«.*

*»Under samtaler med holdleder føler han sig påført oplevelser, som ikke har fundet sted i hans livshistorie. Han husker det som om*

*der skulle findes et eller andet. Han mener, det er at køre folk ned, og glemme at bygge dem op igen».*

*»Angående læge- og psykologudtalelser mener hun ikke, hun kan bruge det til noget som helst. Hun kan nærmest ikke genkende sig selv i udtalelserne, hvilket hun finder skræmmende.«*

Udtalelserne kan dække over mange forhold, men gennemgående er de et udtryk for, hvordan en gruppe revalidenter føler sig trængt og gør oprør mod den psykologiske undervisning. Det karakteristiske er at debatten blev så intens, at revalideringscentre i Nordjyllands Amt måtte indstille deres visitationer for en tid.

Så vidt vides eksisterer der ikke andre eksempler på, at en persongruppe har været så utilfredse med psykologiske aktiviteter som disse revalidenter, hvor hovedparten lider af træthed.

### **Den humanistiske sundhedspsykologi og dens position mellem »illness« og »disease«.**

Det vil nu være i den humanistiske ideologis ånd at tage parti for trætheden og være imod diagnosticeringerne med al den medfølgende objektivering og symptomafrænsning. Trætheden er den folkelige reaktion mod professionaliseringen; ved at formulere sig i illness-kategorier udgør patienterne en modpol og en folkelig modkultur til den professionelle disease-opfattelse.

Et af de formæssige karakteristika ved illness-oplevelsen er, at den set ud fra den professionelle disease-position er vag, skiftende og fluktuerende alt efter den kontekst den bliver formuleret i; til forskel fra disease-kategorierne som er velafgrænsede og konsistente og relativt kontekst uafhængige. Konkret er træthedsoplevelserne vage og vanskelige at gøre til genstand for en symptomindlemmelse i en diagnosegruppe. Træthed lader sig ikke indfange af den medicinske rationalitet, hvor symptomer skal være entydige og operativt definerede, således at forskellige klinikere kan blive enige om at stille den rette diagnose uanset tid og sted.

Med et videnskabsteoretisk udgangspunkt kan man sige, at den folkelige træthedsoplevelse snarere indskrives i de hermaneutiske videnskaber, og de diagnostiske symptomer i den objektive lægevidenskab. Set ud fra den professionelle behandlerkultur kan trætheden opfattes som mangel på compliance; træthedspatienterne fejler ikke noget somatisk, og da de ikke vil indse, at trætheden har en psykisk komponent, kan de ikke behandles.

Den humanistiske indstilling vil derimod tage patientens perspektiv for pålydende, indtage en fænomenologisk position og tage udgangspunkt i lidelsen, anerkende den, og gøre den til genstand for forståelse og evt. psykoterapeutisk behandling.

Men den humanistiske sundhedspsykologi har ikke alene til hensigt at skifte det traditionelle behandlerperspektiv ud med en fænomenologisk position, hvor man gør sig til talsmand for den humanistiske holdning, der respekterer individet. Mange forsøger at videnskabeliggøre denne humanistiske holdning ved a' priori at benytte sig af kvalitative metoder, i form af »grounded theories« og multifaktorielle case-studier etc.

Men den humanistiske sundhedspsykologis projekt er mere ambitiøst end den fænomenologiske forherligelse og koloniseringen af de kvalitative metoder; det perspektivskift forekommer mange andre steder i dag indenfor sundhedsvidenskaberne og er ikke specifikt sundhedspsykologisk. Sygeplejeforskningen har f.eks. den samme humanistiske position som motto, og sågar indenfor den lægevidenskabelige forskning er man blevet interesseret i de humanistiske videnskaber med deres metoder; det såkaldte medicinske perspektivskift.

Men de modsætningsfyldte opfattelser af træthed, illness- og disease-opfattelserne, reproducerer hinanden og kører i ring. Det vil derfor være en falsk uendelighed at tro, at man kan forstå trætheden ved enten at tage den ene eller den anden position. De forskellige positioner er i sig selv utilstrækkelige og fremavler den anden. De har brug for hinanden og holder hinanden i skak.

På det individuelle plan ser man, hvorledes de trætte patienter overtager nogle af de professionelles betegnelser i jagten på den organiske diagnose, men samtidig også modsætter sig den psykiatriske og kliniske forståelse af dem. De professionelle har en tilsvarende stor ambivalens overfor trætheden som symptom; nogle forherliger patientoplevelsen, mens andre sætter sig imod at benævne dem som syge.

På et overordnet kulturelt og socialt plan er stat og subjekt på samme måde gensidigt afhængige af hinanden, og statens overlevelse er i nogen grad afhængig af de enkelte personers ydeevne og træthed. Tilsvarende kan den enkeltes træthed være en modværgemekanisme mod sin produktrolle i samfundet.

Den humanistiske sundhedsforskning vil interessere sig for dannelsen af begge positioner, og vil se træthed som både et medicinsk, psykologisk og kulturelt begreb. Hvis man kun tager en af positionerne for givet, giver det en forestilling om, at hvis man foretager en grundig analyse af trætheden, kan man nå ind til kernen i begrebet. Men træthed er i sig selv, set enten medicinsk eller psykologisk – ingen ting. Hvis man vil have en forståelse for træthed, må man undersøge, hvordan begrebet er blevet konstrueret, hvad betingelserne er for dets diskurs, og hvad dets indhold er; en analyse af hvordan folk taler om træthed, hvordan det er blevet udviklet, og hvordan det indgår i dets forskellige dimensioner i folks øvrige livsmønstre.

Humanisten har til opgave at genetablere forståelsen og respekten for det folkelige perspektiv, men dermed følger ikke nødvendigvis, at hans synsmåder er imod det bio-medicinske perspektiv og den systematiske



naturvidenskabelige forskning. Men den patientorienterede holdning er undertiden blevet markedsført på en så ideologisk måde, at lægen efterhånden ikke tør vedkende sig sin rationelle autoritet, sin lægevidenskabelige og professionelle magt og bruge den til at behandle sygdomme.

Til forskel fra den ideologiske humanisme er den videnskabelige humanistas opgave ikke at fremføre én og kun én synsmåde, men tværtimod at vise, at kontraster ikke udelukker hinanden, og at de ofte udtrykker forhold, der gensidigt betinger hinanden – ligesom »træthedens historie«.

---

Acknowledgement:

Tak til Simo Køppe for hans gode hjælp med den historiske litteratur.

## LITTERATUR

- ABBEY, S.E., GARFINKEL, P.E. (1991): Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: The role of culture in the making of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 12, 1638-1646.
- BERRIOS, G.E. (1996): *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press. Cambridge.
- BIRKET-SMITH, E. (1960): *Det asteniske syndrom. En klinisk undersøgelse vedrørende kroniske træthedstilstande*. Universitetsforlaget i Aarhus.
- ELSASS, P. (1998): Psykosocialt arbejde med voldens ofre. En udfordring for den traditionelle terapeutrolle. *Psyke & Logos*. 1, 233-256.
- HØJGAARD, M. (1998): *Efterundersøgelse. En kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af tidligere revalidenders udbytte ved deltagelse i YDUNs forrevalideringsforløb*. YDUN.
- KLEINMAN, A. (1986): *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia and pain in modern China*. Yale University Press. New Haven.
- MILLON, T., DAVIS, R.D. (1996): An evolutionary theory of personality disorders. in Clarkin, J.F., Lenzenweger, M.F. (eds.): *Major theories of personality disorders*. The Guildford Press. New York.
- OPPENHEIM, J. (1991): »Shattered nerves«. *Doctors, patients, and depression in Victorian England*. Oxford University Press. New York.
- OTTO, L. (1998): *Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. Komiteen for Sundhedsoplysning. København.
- PONTOPPIDAN, K. (1886): *Neurasthenien. Bidrag til skildringen af vor tids nervøsitet*. Bibliotek for Læger. København.
- RABINBACH, A. (1992): *The human motor. Energy, fatigue, and the origins of modernity*. University of California Press.
- SHORTER, E. (1997): *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons. New York.
- SHORTER, E. (1992): *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. The Free Press. New York.
- SHOWALTER, E. (1985): *The female malady: Women, madness and English culture*. Pantheon Books. New York.
- WESSELY, S. (1990): Old wine in new bottles: neurasthenia and »ME«. *Psychological Medicine*. 20, 35-53.
- WESSELY, S., HOTOPF, M., SHARPE, M. (1998): *Chronic fatigue and its syndromes*. Oxford University Press. Oxford.