

”Selvom det ud fra dens metoder er nemt nok at definere fysiologien som en videnskab, er det straks mindre ligetil at definere hvad denne videnskab handler om.”¹

Da den klinisk-anatomiske metode fremkommer (takket været J. Corvisart (1755-1821), R. Laennec (1781-1826) o.a.) sker der et skelsættende fremskridt i udarbejdelsen af den moderne medicin. Ved at samstemme den konkrete kliniske undersøgelse af den levende patient og de anatomiske forhold, som obduktion kunne fremlægge, fik man for første gang etableret en korrelation fænomenerne imellem. Det blev muligt både at følge med i disse og dermed at øjne en kausal forbindelse i, hvad der ellers forekom gådefuldt og til tider, ligefrem rodet. Nu fik patologiens principper en chance for at blive kortlagt. For selvom de ætiologiske sammenhænge fortsat var uklare og de terapeutiske interventioner begrænsede, så var selve muligheden for at redegøre for patogenesen ved at følge med i sygdomsforløbet, i sig selv afklarende. Både for rammerne, inden for hvilke sygdomstilstanden indtræder og for udviklingen i de kliniske billeder. Da den anatomiske patologi blev udvidet med histopatologien (R. Virchow, 1821-1902) og det lykkedes Louis Pasteur (1822-1895) at bevise ætiologien ved de infektiøse sygdomme, var metodens styrke fuldkommen og dens forfægtere sikret hæder og ære.

På den baggrund kan man godt forstå at udviklingen af den moderne fysiologi og organiseringen af den eksperimentale medicin havde så store startvanskeligheder. Som sådan er den moderne fysiologi utænkelig uden accept af den klinisk-anatomiske tilgangs, men ikke desto mindre er det indgreb som fysiologien foretager i den lægelige rationalitet så kraftigt, at den klinisk-anatomiske metode *stricto sensu* ikke ved, hvad den skal stille op hermed. Dertil kom både politiske, moralske og andre kritiske anfægtelser af den fysiologiske forskning, såsom vivisektionsspørgsmålet og ikke mindst den omstændighed, at fysiologien grundlæggende ikke er et klinisk sag. Tilsammen gjorde disse kritiske punkter, at de praktiserende læger ikke kom helt overens med ‘laboratoriemagerne’.

Ganske vist opfatter Claude Bernard (1813-1878) sygdomstilstanden som et indgreb i normaltstanden, hvilket er fuldt på linje med hvad både Laennec og Virchow som anatomister ville sige om den sag. Men Bernard understreger samtidig at fysiologien ikke kan have anatomien hverken som udgangspunkt eller forlæg. Altså udledes fysiologien ikke af anatomien, siger Bernard, og dermed stiller han os over for en antinomi, som går igennem medicinens historie helt frem til dens nuværende molekylære former.

Fysiologien radikaliserer på en måde en dobbelthed der ligger i det lægelige virke. På den ene side har lægen at gøre med patientkontakten, dvs. det forhold, at hun står over

¹ ”S’il est aisé de définir par sa méthode comment la physiologie est une science, il est moins aisé de définir de quoi elle est la science.” G. Canguilhem, *Le normal et la pathologique* [1943], 1966, s. 135. Ud over Georges Canguilhem er det folk som Gerald L. Geison, Mirko D. Grmek og Roy Porter man må henvende sig til for at få en oversigt over de videnskabshistoriske aspekter ved de spørgsmål, som i det følgende vil blive drøftet. Hvad vores samtid angår, kan Jacques Lambert, Edouard Zarifian og Denis Noble læses med fordel.

for en konkret eksistens, som oplever sig selv og sine omstændigheder, herunder sin krop, på denne eller hin måde, og hvor spørgsmålet om sundhed og normalitet lige så vel må tage hensyn til vedkommendes livshistorie som til de eventuelle tegn på sygdom der registreres – kort sagt klinikken. På den anden side har det samme virke intet med patienten at gøre, eftersom det i princippet blot gælder om at afdække en patologisk sammenhæng ud fra videnskabelige (det vil i dag i høj grad sige statistiske) parametre.

Fysiologien stiller os fremfor alt over for grænsen mellem det levende og det døde, en grænse som den kliniske-anatomiske model ikke kunne håndtere, eftersom den ‘af natur’ havde døden som referent. Heraf spørgsmålet: Hvad er livet?, som gennemsyrrer hele det 19. århundrede. I en lægelig sammenhæng svarer dette til at sige: hvad er en ‘normaltilstand’?, hvis det er rigtigt at sundhed må defineres som fravær af sygdom.

*

Sygdom – forstået som en patologisk hændelse der påfører kvantitative ændringer i en normal tilstand – får derved to mulige definitioner: På den ene side den der stammer fra den klassisk hippokratiske tradition, og som beskylder det onde (*morbus*) for at væskernes ligevægt forstyrres, og på den anden side, den moderne udgave, der med udgangspunkt i Pasteur udpeger det onde som kommende udefra (mikrober, vira et cetera).

I begge tilfælde har vi at gøre med en homøostatisk tilgang. En opfattelse som går ud på at begribe den norm der gør sig gældende, når en indre ligevægt opretholdes. Heraf den for Claude Bernard så vigtige antagelse om det indre miljø (*le milieu intérieur*) i biologien. Den bygger på et princip der hævder, at de funktioner der indgår i et legemes systemer og organer, virker regulerende ind på hinanden (dette er hvad man siden kender som feedback-mekanismer).

Man kan ikke insistere nok på, hvor gennemgribende Claude Bernards antagelse egentlig er. ‘Det indre miljø’ giver nemlig en definition af det levende, som løsriver det fra den kontekst hvori det opstår. Det levende er derefter ikke blot en effekt af denne eller hin fysiske eller kemiske procedure, men frem for alt udtryk for en bestemt ligevægt, en autonomi i egentlig forstand (*auto-nomi*), som overholder sine egne normer. Eller sagt på en anden måde: Livet underkaster sig ikke bare et miljø, det skaber selv sit miljø.

En ikke uvæsentlig konsekvens heraf er, at patologien nu må ses som det normale menneskes egentlige tilstand og ikke som en undtagelse. Det er unægteligt en underlig tanke, men den må tages med i betragtning, hvis man vil gøre sig håb om at begribe, hvad det er for nogle funktioner fysiologien beskæftiger sig med – ja, hvad en funktion er for en størrelse i en biologisk sammenhæng, i det hele taget.

Fysiologien løsriver funktionen fra organet, kan man sige, idet den snarere forholder funktionen til den struktur, inden for hvilken organet finder sit leje. Det kræver en anderledes intellektuel anstrengelse end den, hvor funktionen tilskrives organet som sådan. Den pågældende (i dette tilfælde: fysiologiske) struktur må dermed tænkes både multidimensionalt og som *de facto* bestående af forskellige niveauer. Heraf nødvendigheden af at tænke i ‘systemer’ (eller ‘apparater’): åndedrætssystemet, fordøjelsesapparatet, osv., altså i sammensatte enheder, hvor det både er organernes sammenslutning og funktionernes sammenføjning, der anskues i deres gensidigt påvirkende sammenhæng.

Den selvstændighed som fysiologien således forfægter (en selvstændighed som blot afspejler det forhold, at en struktur ikke kan reduceres til sine enkelte dele), knyttes dermed ikke blot til den autonomi som det levende i sig selv synes at bestå af. Den gør

sig i høj grad også gældende i de begrænsninger, som forsøgene på en eksperimental gengivelse af de pågældende funktioner gang på gang støder ind i. For det er en kendsgerning at alle de eksperimentale forsøg på at reproducere de *funktionelle normer* man da tilskriver det levende (jvf. samtlige de forbindelser som en levende organisme består af), hver gang stranded på de begrænsninger som videnskabsmandens *operative normer* (allerede ved forsøgsopstillingerne) bringer med sig. Alene af den grund kan de eksperimentale resultater ikke rejse krav på at have status som diagnostiske kriterier – den kliniske observation forbliver uundværlig under alle omstændigheder.

*

Jean-Martin Charcot (1825-1893) udfører sit arbejde og når frem til at beskæftige sig med de *funktionelle lidelser* på baggrund af sådanne diskussioner. Han kan derfor ikke reduceres til det billede vi har af ham i dag, som ham der holder Marie Weidemann (kaldet 'Blanche Wittman') i sine arme, mens han underviser sine studerende i hysteriens mysterier. Inden han kommer til at beskæftige sig med hysterien, har han nemlig allerede opnået anerkendelse for sit arbejde som intern mediciner, og for sine præcise studier af nervesystemets struktur, hvor han blandt meget andet er den første der med sikkerhed kan diagnosticere den disseminerede sklerose. Han betragtes som en klar foregangsmand for neurologien i det hele taget, ikke bare i Frankrig, men i verden.

Ved hjælp af 1) neurofysiologiens eksperimentale fund og 2) neuropatologiens kliniske observationer, forestiller han sig at kunne udarbejde en egentlig psykologi på fysiologisk grundlag, en psykologi som på denne måde ville være fri for 'metafysiske spekulationer'. Charcot indskrives i den store franske lægelige tradition, der med udgangspunkt i revolutionens oplysningsidealer støtter sig til den klinisk-anatomiske metode for at udføre sit arbejde. Men hans særlige force ligger bl.a. i at han også formår at rumme den anden store franske lægelige praksis – den eksperimentale medicin – som mere eller mindre parallelt med den første udfolder som selvstændig disciplin sig i kølvandet på kemiens udvikling og den accept, som de fysiologiske laboratorier efterhånden opnår. Disse to traditioner havde svært ved at tale sammen og det er en af de store fortjenester man kan takke Charcot for, at han formår at bringe dem sammen, i en syntese som ikke lader sig fornægte. Altså er Charcot allerede *un grand patron*, da han med hele sin autoritet og de kliniske-anatomiske principper i lommen begynder at interessere sig for de 'traumatiske lammelser' (forløberer for 'psykoneuroserne').

At det netop er Charcot der anerkender hysterien som et reelt fænomen og ikke bare skuespil, er i hvert fald ikke ligegyldigt. For han tager imod sådanne patienter med åbent sind, hvilket vi i bund og grund vel kan tilskrive hans trofasthed over for den klinisk-anatomiske model: man kan ikke tale imod, hvad man rent faktisk observerer, så at sige. Og samtidig er han i stand til at anerkende, at det selvsamme klinisk-anatomiske program ikke slår til over for netop sådanne tilfælde. Denne anerkendelse må vi nok tillægge hans åbenhed over for den eksperimentale medicin: det vil sige, som ovenfor anført, Claude Bernards lov om, at fysiologien ikke uden videre kan reduceres til anatomien. De foreliggende erfaringer – både de kliniske og de eksperimentale erfaringer – talte i hvert fald imod, at man kunne anvende den klinisk-anatomiske procedure i hysteriens tilfælde. Den gav simpelthen ikke noget resultat.

Det enestående ved Charcot er, at han bøjer sig for kendsgerningerne, selv om han (ligesom Freud i øvrigt) sætter sin lid til at fremtiden nok vil evne at finde frem til de manglende 'objektive fund'. Eller bedre: det var netop anvendelsen af den kliniske-

anatomiske metode, der viste at hysterien ikke hørte under dens domæne. Dels fordi obduktionerne ikke demonstrerede de forventede ændringer i organismen som ved andre lidelser, dels (og nok især) fordi lidelserne kunne reproduceres eksperimentalt, uden at organismen blev inddraget. Charcot opdagede altså at han havde med nogle kropslige forstyrrelser at gøre, som ikke var organiske. Det er lige nøjagtig på det punkt, spørgsmålet om de funktionelle lidelser træder ind.

Funktionel betyder for Charcot: 'ikke-organisk' – i den forstand at de undersøgelsesmetoder, der forelå på hans tid, og det vil sige udelukkende forskellige obduktionsteknikker, klarlagde, at der ikke var nogen form for anatomisk ændring at finde i forbindelse med visse lidelser. Dette udelukkede imidlertid ikke, at man senere hen ville kunne påvise sådanne ændringer. Det betød blot at man indtil videre først og fremmest skulle koncentrere sig om at etablere en så præcis beskrivelse af de kliniske aspekter som muligt.

Funktionel lidelse ville derfor sige: en lidelse der rammer funktionen, uden at der kan påvises et anatomisk fund – hvilket holder sig klart inden for rammerne af, hvad den klinisk-anatomiske doktrin accepterer. Det nye ved Charcots forskning ligger i at han faktisk interesserer sig for funktionernes selvstændige virke og navnlig for det forhold, at de under visse omstændigheder kan supplere hinanden. Det sidste er noget han er særlig opmærksom på i forbindelse med afasierne, og det bliver yderligere interessant da han opdager at de hysteriske lammelser endda kan reproduceres ved hjælp af hypnosens. Det centrale er her nok at spørgsmålet om forbindelsen mellem morfologien og funktionaliteten er eksplicit formuleret ud fra et psykopatologisk/psykologisk standpunkt. Charcot forholder sig til det ved at udarbejde sin doktrin om de 'dynamiske' eller 'funktionelle' lidelser.

Freud afgrænser sig på et væsentligt punkt i forhold til sin mester. Han konkluderer nemlig, at det afgørende ved de funktionelle lidelser ikke ligger så meget i den omstændighed, at de ikke skulle efterlade noget spor i anatomen, men at de snarere peger på en anatomi *suis generis* som indtil da fremstod som *terra incognita*. Det egentlige spørgsmål består derfor i at finde ud af, hvad det er for en anatomi de pågældende funktioner knytter sig til, dvs. hvad er det for en anatomi, disse lidelser nødvendigvis må ramme.

*

Her er det, at afasistudierne får deres betydning. For da Freud skriver sin *Zur Auffassung der Aphasien* i 1891 deltager han i en debat som havde fået fornyet styrke siden 1861, hvor Paul Broca (1824-1880) fremlagde sin opdagelse af hjernens 'sprogcentre' for *Société d'Anthropologie de Paris*. Alle Charcots elever (Ballet, Marie, Brissaud o.a.), deltager aktivt i diskussionen. Herunder også Freud som tillige inddrager både de engelske (Jackson, Bastian) og tyske (Meynert, Wernicke) bidrag i sin afhandling.

I forlængelse af Broca og på baggrund af de undersøgelser, han selv havde foretaget vedrørende lokaliseringen af de motoriske funktioner, anvender Charcot den anatomisk-kliniske metode i studiet af afasiernes forskellige centre. Han var særlig interesseret i de motoriske forhold i forbindelse med skriftvanskelighederne (agrafia). Han foretog en udtømmende redegørelse for dette spørgsmål i sine *Leçons* igennem året 1883 (de publiceres i 1884, et år før Freud ankommer til Paris), i et både klinisk, anatomisk og, som noget nyt, også psykologisk perspektiv.

For Charcot er afasierne først og fremmest en særlig form for amnesi, som kan ramme et eller flere sprogcentre. Dette skyldes sandsynligvis at den samlede hukommelses-

evne derved sættes ud af drift, idet den spaltes i selvstændige delområder. Ifølge Charcot må man regne med at ordene benytter sig af fire forskellige hukommelsesdele (auditive, visuelle, motoriske og grafiske billeder), og at sprogevnene er forbundet med den måde de samarbejder på. Ad den vej forklarer han ikke blot hvorfor der findes forskellige typer afasier, men også hvordan de forskellige funktioner, der knyttes til de nævnte sammenhænge, er i stand til at supplere hinanden. Han taler da om sprogapparatet, *l'appareil du langage*. Nogleordene hos Charcot (i denne sammenhæng) er derfor hukommelse og amnesi (hvilket han fører over til hysterierne, hvormed han underbygger sin antagelse om 'bevidsthedsspaltning').

Hos Freud stiller problematikken sig noget anderledes. For ud over at han bruger afasierne til at afvise reduktionismen ved de lokalisationistiske teorier (Meynert), fremlægger han ligeledes en opfattelse af *la chose neurologique*, som ikke blot tænker den som et globalt og funktionelt anliggende. Han giver også plads til en opfattelse af sprogets tyngde og orden, som ingen i hans samtid kunne følge med i, heller ikke Charcot.

Freuds 'sprogapparat' er i den forstand et helt andet end Charcots. For mens Charcot tænker det fortsat fysiologisk i ordets allersnævreste forstand, for så vidt som sprogfunktionen for ham stadig er knyttet til en tanke om 'sprogområder', da er Freud et radikalt andet sted. Derfor er det med forsæt at Freud midtvejs i sin *Auffassung* siger:

"Vi ved, at de dele af hjernen, hvis beskadigelse overhovedet giver sig til kende ved symptomer, altid kun giver os lokaliserede symptomer; om den patologiske proces må vi slutte ud fra tilfældets biomstændigheder eller sygdomsforløb. *Men sprogapparatet råder over en sådan rigdom af symptomatiske udtryksmåder, at vi kan forvente af det, at det ikke alene vil røbe lokaliteten, men også læsionens natur gennem funktionsforstyrrelsens omstændigheder.* Måske lykkes det os engang at skelne klinisk mellem afasier forårsaget af blødning og af blodgøring og at identificere en række sprogforstyrrelser som karakteristiske for *særlige processer i sprogapparatet.*"¹

For det er sådanne *særlige processer i sprogapparatet* Freud er optaget af. Nemlig de foregange der får sproget selv til at virke, og som når de beskadiges, forårsager særlige læsioner, hvis natur vi er interesseret i at kende noget mere til. Eller som han kalder det i den allersidste sætning i sin afhandling: det gælder om at finde frem til *sprogapparatets funktionsbetingelser.*

"De tidligere forfattere, der skrev om afasi, og som henførte sprogforstyrrelse til en særlig forbindelse til kun *ét* sted i storhjernebarken, så sig på grund af deres videns ufuldstændighed tvunget til at søge forklaring på sprogforstyrrelsernes mangfoldighed i *sprogapparatets funktionelle ejendommeligheder.* Efter Wernicke havde opdaget det, efter ham opkaldte, områdes forbindelse med den sensoriske afasi, måtte der melde sig et håb om at kunne forstå denne mangfoldighed helt og holdent på grundlag af lokalisationsforhold. Det forekommer os nu, at lokalisationsmomentets betydning for afasien herved er blevet overvurderet, og at vi gør rigtigst i på ny at interessere os for *sprogapparatets funktionsbetingelser.*"²

Freud indfører derved et nyt aspekt i den kompleksitet som afasiologerne, og fysiologerne i det hele taget, beskæftiger sig med. For ham løses problemet imidlertid ikke ved blot at pege på en lokalitet (morfologi) eller en funktion (dynamik). Det gælder til lige om at etablere selve betingelserne for at funktionerne overhovedet virker.

¹ Sigmund Freud: *Afasierne*, s. [29] i originaludgaven, i dette hæfte s. 86. Min fremhævelse. Mht. Udtrykket 'blodgøring' se s. 83, note 1.

² Ibid. s. [106-107], i dette hæfte s. 151-152 Min fremhævelse.

Nærmere bestemt: det må være muligt at kortlægge grundbetingelserne for aktiveringen af de funktioner, der får sprogapparatet til at fungere. Freud stiller os med andre ord over for en tredobbelt problematik: a) en der vedrører (sprog)apparatets sammensætning, b) en anden, der angår de funktioner der specifikt knytter sig til apparatets funktionsduelighed, og c) en tredje, der handler om de forhold, der sætter de relevante funktioner i stand til at virke. Det er ikke kun 'apparatet' der må sættes i gang, funktionerne skal det også.

Serien '*organ – funktion – funktionens virke*' sigter ret beset på at håndtere den vitalistiske dæmon. Den dæmon der dukker frem i den fysiologiske tænkning, når funktionen blot defineres som 'livet' (eller 'intelligent design' i vores scientistiske tidsalder). Freud holder fast ved sin tredeling hele vejen igennem. Den er således klart til stede i den definition, han senere giver af metapsykologien som systematisk undersøgelse af 'det psykiske apparat', eftersom den indebærer i hvert fald undersøgelser af både de topiske, dynamiske og økonomiske aspekter. Freud er egentlig ganske klassisk.

Også i den forstand, at han på den måde genoptager en gammel og til tider temmelig ophedet diskussion i de videnskabelige kredse. Nemlig diskussionen om hvordan en *funktion* skal defineres.

I medicinen tog denne debat udgangspunkt i Bichats udsagn – i sine *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, fra 1800 – om at "la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort". Den er sidenhen blusset op hver gang man har stået over for en fysiologisk landvinding, dvs. hver gang definitionerne af netop livet og døden på ny er kommet på tale i forlængelse af især den teknologiske udvikling.

Denne diskussion er massivt til stede i psykoanalysen i og med driftsbegrebet – dvs. i og med forsøgene på at bestemme karakteren af den særlige funktion som Freud hævder, er gældende i sjælelivet. Den gør at vi, stillet overfor en standard deling mellem organ og funktion, insisterer på at få placeret *driften* som tredje instans (i en serie der så lyder: *morfologi* (topik)– *funktion* (dynamik) – *libido*(økonomi)). Dette sker i øvrigt ikke kun når det gælder om at definere det aspekt ved livet, som udfolder sig i det vi kalder 'sjælelivet', men faktisk i definitionen af livet i det hele taget. For hvad Freud tager under behandling i sin *Zur Auffassung der Aphasien* er menneskelivets sproglige betingelser slet og ret.

*

I *Auffassung* overvejer Freud sprogfunktionen på en måde som, overraskende nok, ikke appellerer til en norm (til forskel fra lingvistens efterlysning af regulerende principper for den normale sprogbrug). Det er ikke den standardiserede mening Freud er ude efter, men derimod en begribelse af talen som udtryk for en sproglig akt. Hans studie af afasierne fremstår således som den første af en række undersøgelser over talens funktionsdeltagelse i forskellige former for sprogakter: fortællelserne, vitserne, drømmene. Når man kender til hans efterfølgende arbejde, kan man i *Auffassung* godt læse Freuds bevågenhed over for de sproglige udsagns diskontinuitet, hans interesse for 'fejlene', hans opmærksomhed på hvordan sådanne brud hver på sin måde altid udtrykker den talendes evige kamp med sine ytringer.

Igennem arbejdet med afasierne lærer Freud at den sproglige akt vi kalder talen, netop ikke er 'et bånd der taler'. For talen er altid afatisk i en vis forstand, altid ramt af et vist hukommelsessvigt, som dog ikke skyldes 'amnesi' – som Charcot ville have sagt det – men fortrængning. Afasistudierne er for Freud derfor et første møde med spørgs-

målet om, hvad *talens funktion* er for en størrelse. I den sammenhæng er det tankevækkende at Freud ad den vej og på sin måde genoptager de overvejelser som Paul Broca selv gjorde sig, da han præsenterede sin anatomiske opdagelse ved hjælp af ‘Tan’-tilfældet.

‘Tan’ er den betegnelse man i litteraturen har givet til den patient – Louis Victor Leborgne var hans borgerlige navn – som hjalp Broca til at finde frem til ‘sprogområdet’. Han var en håndværker, som siden barndommen led af epileptiske anfald. I 30års alderen blev han ramt af endnu et udbrud, som medførte at han mistede taleevnen for bestandig. Det eneste som Louis Victor kunne sige i de resterende enogtyve år af sit liv – som han tilbragte på et sygehus, som man gjorde dengang – var stavelsen ‘tan’ (der kunne blive til ‘tan-tan’, når han blev ivrig). Han var tydeligt til stede, men kunne altså ikke sige andet end ‘tan’ hver gang der blev sagt noget til ham. Da patienten døde, den 17. april 1861, kom hans lig igennem den klinisk-anatomiske procedure og Broca fandt så den læsion han havde forudset, i det område af hjernen, som i dag bærer hans navn.

Paul Broca insisterede imidlertid på et forhold der ikke på nogen måde var evident dengang i 1861, da han præsenterede sin afhandling om Tan-tilfældet. Han gjorde nemlig opmærksom på, at det menneske, som har mistet adgangen til den kombinatorik som anvendelsen af talen og sproget giver, hverken er *de facto* idiot eller fraværende. Der er altså fortsat et menneske (et subjekt vil vi sige i dag) til stede, selv om vedkommende slet ikke kan udtrykke sig verbalt. Med sine begreber rejser Broca det spændende spørgsmål, hvordan kan den logik der åbenbart fortsat er til stede alligevel gøres gældende, når dens operationelle midler så eftertrykkeligt er fraværende.

‘Tan’ var fortsat et menneske (en *parlêtre*, som Lacan senere kaldte det), fordi ‘menneske’ er det subjekt som til enhver tid er under indflydelse af ‘sprogapparatet’ – også når taleevnen er forsvundet. Afasien viser således at talens funktion fortsat gælder, selv i de tilfælde hvor taleevnen er fraværende. Derfor spørgsmålet: hvor er sprogapparatet når sprogområdet er læderet, siden subjektiviteten fortsat er til stede? Og tilsvarende (og måske mere afgørende): Hvori består læsionerne, når det er sprogapparatet der rammes, selv om anatomen er intakt?

Spørgsmålet affattes ikke lige på den måde hos Broca, men det er klart den formulering, Freud selv mener at måtte give det. Altså, som vi allerede har set: Hvori består sprogapparatets funktionsbetingelser?

Freud interesserer sig derfor for hvad afasiologerne kalder ‘sprogrester’ – ‘Tan’ hos Louis Victor Leborgne; bandeordet ”... sacré nom de Dieu!” som bryder ud en gang imellem hos den patient, Freud henviser til i sin *Auffassung*; de karakteristiske fejl eller fortællelser der skanderer en afatikers tale, osv. Alle disse ‘rester’ stiller os over for følgende problem: på den ene side kan de nemlig betragtes som lutter ‘mental automatisme’, sådan som den klassiske psykiatri kaldte dem; men på den anden side kan de også betragtes som signifikante, som akkurat det indeks der gør et subjekt gældende.

Sagen inddrager således under alle omstændigheder lytteren, modtageren for afatikerens ytringer. Dette er et aspekt ved talens funktion som den lægelige fysiologi på ingen måde kan begribe, selv om det som sådan er det mest basale ved det egentlige lægelige håndværk. Vi står dermed ved kernen i enhver henvendelse – nemlig overførings-spørgsmålet. Dette er et basalt spørgsmål som enhver klinik må tage med i betragtning, som videnskabsmandens indstilling (per definition?) ikke ønsker at vide af.

Videnskabsmanden Freud er imidlertid også kliniker. Han får derfor ikke blot øre for sådanne forhold hos afatikerne, han er også interesseret heri og godt trænet efter at have stiftet bekendtskab med hysterien hos mesteren Charcot. Freud ved at en henvendelse er

til stede under alle omstændigheder, at den er uudryddelig så længe der er et menneske til stede. Dvs. at dette med 'at sige noget' ikke reduceres til dette eller hint udtryk, men baseres på en 'stillingtagen', på en placering i en udvekslingsrelation. Det er hvad vi siden har lært at kende som en *subjektiv position*, men det ved Freud endnu ikke. Han ved blot, at han står over for endnu *une expérience du vivant*, som Canguilhem plejede at udtrykke det (endnu en livsytring eller livsmodalitet, kan vi måske sige), som skulle tages med i betragtning. At se afatikerer som endnu en måde, det levende kan manifestere sig på er sandt at sige overraskende. Bl.a. fordi det forlanger at lægen må tage imod hver enkelt af de afasirante i deres særegenhed. De sjælelige forhold tåler nemlig ikke statistiske betragtninger.

*

Det levende, som *expérience du vivant*, er hverken entydigt, generaliserbart eller lig med det organiske, da dets organiseringsformer bliver mere og mere sammensatte, efterhånden som forskelligartede funktioner virker ind på deres opbygning. Ikke engang de såkaldte *vitale værdier* eller parametre er entydige, da livet ikke uden videre kan tages som om det var en substans der udtrykker en allerede konstitueret kraft. Dette har altid været et af fysiologiens grundproblemer: at lige så snart den knyttes til en norm, risikerer den at blive ét med hygiejnisk ideologi¹. De kendte politiske følger af en sådan sammenkobling skulle nu være indlysende. Og det bliver selvfølgelig endnu mere vanskeligt at tage hånd om, når de psykologiske og sociale funktioner (dvs. de funktioner som 'sprogapparatet' tilfører organismen), tages med i betragtning. Det levende, og i særdeleshed sjælelivet, kan, som levende erfaring, kun være partikulært.

Det er med udgangspunkt i sådanne problemer, at spørgsmålet om psykoanalysens plads i molekylærbiologiens tidsalder må diskuteres. Den moderne biologis uafviselige opdagelser udi biokemiens mikroskopiske forhold, i genomets sammensætning etc., bruges i dag til at fremme en scientistisk ideologi, som nu gennemtvinger sine statistiske parametre som eneste kriterium for bedømmelse af de fysiologiske sammenhænge. Men ikke nok hermed, den har også medført at det kliniske håndværk er blevet kraftigt undergravet. Begge dele vedkommer psykoanalysen. For der er tale om forhold, der rammer selve fundamentet for at subjektivitetens særtræk kan anerkendes.

Uden videre at hævde, at livet som sådan og navnlig det konkrete levende liv skulle være kodificeret i kromosomernes makromolekyler, og at sygdommen og lidelserne nu skulle være næsten forudsigelige, medfører ikke blot at selve fysiologien og de grundspørgsmål om liv og død, som denne disciplin altid har repræsenteret, forsvinder under den molekylære genetiks vægt, det betyder også at symptomets status ændres radikalt. I praksis – jeg mener, rent klinisk – bliver symptomet ligegyldigt, da dets værdi som tegn på sygdom fratages det, i perspektivet om genomets potentialitet. Men det er også symptomernes signifikantværdi der på denne måde går fløjten, idet symptomets karakter af indeks for en subjektiv sandhed ligeledes går tabt.

Hvad skal vi stille op med det alfabet som de fysisk-kemiske videnskaber tilbyder os, idet de har bevæget sig fra den makroskopiske til den aldeles mikroskopiske sfære, fra organet til vævet, cellerne, molekylerne, atomerne ... sågar til elementarpartiklerne? Hvor befinder livet sig i alt det? Udgør genomet det levende livs ordbog? Og hvordan

¹ Se i den henseende Jacques Lamberts spændende artikel "Normes vitales, normes pour vivre: l'idée de norme est-elle possible sans celle d'une gestion?". In *Philosophia Scientiæ*, 12 (2), 2008, 141-157.

skal vi tænke det liv som definerer mennesket i kraft af sproget og talens ikke genomiske specificitet?

Der er stærkt brug for at skelne mellem de konkrete – og vigtige og nødvendige – undersøgelser der foretages af de forskellige discipliner, som bidrager til udviklingen af det forskningsfelt, man i dag kender under navnet *neurosciences*, og så den filosofiske scientisme som af forskellige grunde – men på denne baggrund – mener at være berettiget til at udføre en sand udrensning (i ordet mest dystre forstand) af alt det, som ikke falder inden for deres doktrinære metafysik. Den såkaldte *eliminative materialisme* (alene navnet burde advare os!) forfægter i vore dage en reduktionisme, der er ganske skadelig for vore muligheder for at begribe det menneskelige i dets særpræg. Med sin forveksling af hjernen og det psykiske har den i dag koloniseret psykiatrien og underdrejet psykologien. Måske for bestandig.

På besynderlig vis står vi nu i den samme situation som den Freud befandt sig i, sidst i 1880'erne, da han samlede argumenter og kræfter til sit opgør mod datidens lokalisationsisme og psykologisme.

Lokalisationismen hedder i dag *neuroimaging*, som er vores moderne antropometri. Det er ikke teknikken som sådan der er diskutabel, for den såkaldte *structural imaging* er uundværlig til f.eks. lokalisering af hjernetumorer, mens *functional imaging* uden tvivl kan være behjælpelig til studiet af Alzheimer lidelsen. Hvad der imidlertid er alle mulige grunde til at diskutere, er den anvendelse som visse 'kognitive tolkninger' gør af resultaterne, hvor der f.eks. produceres nogle endog meget primitive forestillinger, om at visualiseringen af visse elektriske forbindelser eller blodkredsløb i hjernen (hvis gyldighed i øvrigt fortsat diskuteres), skulle give adgang til '*thought identification*' eller endda '*mind-reading*'.

Det er selve tanken om at de såkaldte kognitive processer skulle kunne henvises til specifikke hjernecentre, der genoptager den gamle lokalisationsisme, men det er ligeså meget dens opfattelse af fysiologien og funktionsbegrebet, der er problematisk.¹

Hvad den moderne psykologisme angår, opsamles den nu for det meste omkring de spørgsmål som den såkaldte '*theory of mind*' rejser. Denne er endnu et forsøg på at tænke de 'mentale tilstande' (som igen er en reformulering af den gamle evnepsykologi) ud fra en kognitivism, der ser hjernen som en digital maskine og sjælelivet (*the mind*) som en slags epifænomen, afledt af en programmering som det så gælder om at gennemskue. Om dette program allerede ligger i generne eller om det er tillært, kan man bruge anelige mængder papir på at diskutere. Pt. hæftes det hele på opdagelsen af nogle særlige hjerneceller (men der opdages altid nye hjerneceller) som menes at have nogle spejlmæssige evner (hvorfor de da kaldes for *mirror neurons*), og som måske (måske ikke) skulle være ansvarlige for ikke mindre end empatien. Det siger sig selv, at når man først er nået så vidt i overvejelserne, er der ingen grund til at holde sig tilbage. Vi bliver derfor præsenteret for en stribe af 'opdagelser' som begrunder 'neuroæstetik', 'neuroøkonomi', 'neurofilosofi', etc., på samme måde som vi i tidens løb er blevet forsynet med gener for homoseksualitet, skizofreni, autisme, osv. Vi har altså med en ny frenologi at gøre, hvor psykiatrien dømmes til at ikke at række længere end til en slags anvendt psykofarmakologi.

Dette er baggrunden for, at man må se på det angreb der i dag føres på, hvad der ellers har været den klassiske psykiatris grundsøjler. For når man uden videre skriver at:

¹ In denne forbindelse kan jeg ikke anbefale nok læsning af Denis Nobles tekst "Claude Bernard, the first systems biologist, and the future of physiology". In *Exp Physiol* 93, 1, pp 16-26.

der ”ikke [er] grundlag for at opretholde den klassiske distinktion mellem organiske og funktionelle psykiske lidelser” og slet og ret tilføjer at ”Psykiske lidelser afspejler dysfunktionelle forhold i hjernen [...]”¹, ja så er der tale om den særlige reduktionistiske og aggressive udgave af den biologiske psykiatri, der i dag fremstår som toneangivende på en totalitær måde, uanset hvor meget man ellers forsikrer os om, at man skam er ’bio-socio-psyko’-tænkende. At visse ’venner’ af psykoanalysen² hævder det samme, skal ikke få os til at glemme, at en af de centrale opdagelser, Freud gjorde i forbindelse med sine studier af afasien, er den omstændighed at subjektivitetens relation til hjernen ikke på nogen måde er af samme art som den der f.eks. forbinder galden til leveren. For subjektets vedkommende er det simpelthen en fatal miskendelse at gå ud fra, at det er hjernen der tænker.

Men den væsentligste iagttagelse fra Freuds side før psykoanalysen kom i stand som selvstændig disciplin, er måske den, at han fik øje på forskellen mellem anomalien og det anormale. En forskel vi i dag har vældig meget brug for at genopfriske midt i det normative program som den netop omtalte biologiske psykiatri presser igennem. For mens det anormale godt på sædvanlig vis kan betragtes som patologisk, er det samme ikke tilfældet i forbindelse med anomalien – selv om man dér godt kan stå over for en afvigelse i forhold til normen (men det er netop dét der er spændende; alle de ubevidste dannelser er i den forstand anomalier).

På en måde kulminerer Freuds overvejelse vedrørende biologien i og med afasistudiet. Det skyldes nok den omstændighed, som Freud jo er pinligt bevidst, at opretholdelsen af subjektivitetens særkende forudsætter, at forskellen mellem de organiske og de funktionelle lidelser præciseres. Det betyder nu ikke at biologien og det biologiske afvises, men det indebærer en anerkendelse af, at hvis biologien skal have en chance for at tage imod lige præcis denne forskel (mellem det organiske og det funktionelle), må den også være i stand til at løsrive sig fra et mekanistisk syn på livet. Dette rejser selvfølgelig spørgsmålet, om der kan gives en biologi der kan tænke livet på anden vis end som en udsondring. Det kræver i hvert fald minimalt, at forbindelsen mellem biologien og fysiologien diskuteres. Under alle omstændigheder kræves der, at biologien bliver i stand til at betragte anomalien ikke så meget som en afvigelse, men som en ægte opfindelse. Dette er en diskussion der griber ind i Freuds opfattelse af den evolutionære teori og hans forhold til Lamarck, hvilket vi ikke skal tage fat på her. Bemærk dog at sådan en biologi ikke blot skulle lade patologien indgå i definitionen af det normale, det betyder samtidig at anomalien dermed holder op med at være et lægeligt anliggende.

For faktisk har menneskene ikke blot forskellige biokemiske konstitutioner, som helt konkret bestemmer over, hvilket genom der træder i karakter i det ene eller det andet tilfælde. Hvordan det foreliggende anlæg kommer til at blive brugt, afhænger tillige af hvilke funktioner der er til rådighed og om de faktisk er virksomme eller ej. Tanken om at der skulle være et program (i generne eller andre steder) som blot venter på at blive realiseret, er fejlagtig og uinteressant, for ikke alene findes det påståede program slet ikke, hjernen er heller ikke den mega-computer man vil gøre den til. Det, der foregår i hjernen, er simpelthen det, der foregår hos subjektet for så vidt dette har med en sproglig praksis at gøre. Der er ingen tvivl om, at mødet med afasierne fik indskærpet Freuds interesse for både sprogets og især talens betydning, og at han ad den vej blev yderlige-

¹ Professor Raben Rosenberg i hans statusartikel ”Neuropsykiatri – fremtidens psykiatri”, publiceret i *Ugeskrift for læger* 166/12, 15. marts 2004, side 1119.

² Fx Eric R. Kandel, *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*, 2005.

re opmærksom på de symboliserende sammenhænge der indgår i den enkeltes faktiske liv.

At Freud giver sig til at kritisere lokaliseringslæren i afasien ved hjælp af en så usædvanlig metafor, som den han anvender til at beskrive hjernebarkens forbindelse til kroppens periferi – han forklarer i teksten (side 109 her i hæftet) at dette ikke sker i en én til én relation, men ”som et digt indeholder alfabetet” – fortæller os om hans interesse for ikke-mekaniske sammenhænge i biologien. Og det giver os egentlig også mulighed for at samstemme denne metafor med den molekylære biologis opfattelse af genomet som et endda meget kraftfuldt alfabet (og ud fra vores perspektiv har vi selvfølgelig intet problem med at tage ‘junk-DNA’ med). Det afgørende her er, at det er livet selv der skriver den tekst som alfabetet vil notere, og at det levende liv organiseres som en palimpsest. Altså – hvad det gælder om at begribe er, at det ikke er genomet der bærer livet i sig, men at det er livet der gør brug af genomet efter behov. En lignende udveksling finder sandsynligvis sted mellem sproget og talen.

*

En af Freuds mest skattede erindringer fra sit ophold i Paris var det svar, Charcot gav til en af sine elever da denne afbrød ham for at sige: *Jamen, det kan ikke passe! Det strider jo mod Young-Helmholtz's teori*. Charcot skulle da have sagt på en aldeles virkelighedsnær måde: *La théorie, c'est bien, mais ça n'empêche pas d'exister* (hvilket kan gengives som ‘Teorien er udmærket, men det forhindrer os dog ikke i at eksistere’, eller også: ‘Teori er godt nok, men den får ikke det foreliggende til at forsvinde’).

At bemærkningen gjorde så stort et indtryk skyldes nok, at det var Freud selv der optrådte som den frembrusende elev. Der er i hvert fald ingen tvivl om at *Zur Auffassung der Aphasien*, som vi her publicerer i dansk gengivelse takket været Peter Andreasens arbejde, fik kraftig inspiration fra den nævnte episode. For Freud gør her ikke blot op med samtidens mekanicisme. Han taler også imod Charcots egne positioner. Det sker ved hjælp af den argumentationskunst og intellektuelle redelighed som kom til at karakterisere Freuds arbejde i det hele taget, og som han også anvender imod sine egne synspunkter når dette synes påkrævet.

Ça n'empêche pas d'exister er sandt at sige en ægte kantiansk indstilling. Den forlanger at man tager udgangspunkt i det, der rent faktisk foreligger og udelukker, at man bare eliminerer hvad teorien ikke kan kapere. Heller acceptere, at teorien ikke hænger sammen end at forcere kendsgerningerne. Dette må også være vores position i dag. Sjælulivet forsvinder jo ikke bare fordi teorien siger det. Arbejdet må, med andre ord, fortsættes.

*

De tekster der præsenteres i nærværende hæfte lægger alle sammen op til en genoptagelse af de grundspørgsmål, som Freuds behandling af afasien rejser for os i dag. Tilgangene er varierede (kliniske, historiske, filosofiske, sprogteoretiske, etc.) og deres sigte er at kortlægge de indfaldsvinkler, der i dag vil kunne åbne for nye undersøgelser inden for det psykoanalytiske felt.

Hvad der helt basalt er til diskussion her, er hvordan vi til syvende og sidste kan begribe den mærkelige *Geschichte* der udspilles mellem den talende og så det apparatur

der faktisk sætter ham i stand til at ytre noget. Dette spørgsmål har til alle tider været det helt centrale i afasiologien. Det er et spørgsmål vi ikke må glemme.

Derfor er de 'sprogrest' som alle afasiologer har registreret (bandeord, ed eller andet), vigtige. For det motoriske udbrud som disse mobiliserer, afslører mere, end hvad de 'i virkeligheden' skulle give til kende. Det er nok derfor, Freud uden at tøve placerer dem på linje med nogle nærmest hallucinatoriske fænomener han selv havde oplevet¹, og at han sidenhen, da psykoanalysen kom til, genoptager hele problematikken i forlængelse af spørgsmålet om de ubevidste dannelsers konstitution. Det er fordi han er på sporet af, hvad lingvisten i vores tid fik omtalt som udsigelsens dimension (vi vedlægger derfor en væsentlig tekst af Émile Benveniste herom). For afasien kan nok ikke begribes som erfaring, hvis vi ikke tager hensyn til den forskel der er mellem udsagnets og udsigelsens subjekt. Dette er et problem som psykoanalysen historisk har drøftet i forlængelse af libido-spørgsmålet, som vi fortsat må forsøge at afklare, eftersom det angår den særlige sammenføjning af organet, funktionen og funktionens virke som karakteriserer denne særlige *expérience du vivant* vi betegner som menneskelig.

Oswaldo Cariola
april 2014

¹ "Jeg mindes, at jeg to gange har troet mig selv i livsfare, og at jeg begge gange opfattede livsfaren ganske pludseligt. I begge tilfælde tænkte jeg: "Nu er det ude med dig", og mens min indre tale ellers kun foregår med helt utydelige klangbilleder og næppe mærkbare læbebevægelser, hørte jeg i farens stund disse ord, som om man råbte mig dem ind i ørerne, og samtidig så jeg dem som trykt på en seddel flagrende i luften." (*Zur Auffassung*, side [63-64], i dette hæfte s. ????)