BOGANMELDELSE

Psychosis Risk and Experience of the self.

Understanding the individual Development of Psychosis as a Basic Self-disturbance.

Paul Møller
Routledge 2023, London/New York

Anmeldt af Francisco Alberdi [1]

Bogen er den seneste i en lang serie bøger (over 30 bøger) om psykosocial forståelse og behandling af psykoser publiceret af det Internationale Selskab for Psykologiske og Sociale interventioner ved Psykoser isps@isps.org. Selskabets tidsskrift, *Psychosis,* har adressen https://www.tandfonline.com/journals/rpsy20

I serien er der i de seneste 20 år udkommet meget vigtige bøger om emnet skrevet af fremtrædende forfatter som J Cullberg, J O Johannessen YO Allanen, RP Bentall m. fl. https://isps.org/isps-book-series/. ISPS har haft stor betydning for den ændring der er sket af psykosernes og skizofreniernes forståelse og behandlingsstrategi fra den overvejende biologisk forståelse og behandling til en mere psykosocial, psykoterapeutisk og eksistentiel forståelse.

Bogen er derved en del af en vigtig faglig og social global bevægelse med næsten 50 års historie, med lokale foreninger i hele den vestlige verden og meget veletablerede foreninger i Norden. Forfatteren, psykiater og forsker i Vestre Viken Hospital i Norge behøver ikke nærmere præsentation i Nordisk sammenhæng. En vigtig detalje er dog nødvendig at have in mente for bedre at forstå bogens faglige og fagpolitiske kontekst. Bogens indhold er udviklet i perioden 2000 til 2008, mens forfatteren var overlæge i en afdeling for psykosebehandling i Lier Psykiatrisk hospital.

1. Francisco Alberdi. Psykiater og psykoterapeut. Jagtvej 197, 2 tv. København Ø. alberdi_olano@dadlnet.dk.

Det temmelig tragiske (vælg selv et passende adjektiv) er at afdelingen blev nedlagt af økonomiske årsager i 2008 trods lovende forskningsresultater og stor tilfredshed med behandlingen blandt patienter og pårørende. Forfatteren fortsatte sit forskningsmæssige og undervisningsmæssige engagement i udviklingen af den såkaldte Subjektivitets model for behandling af psykoser. Bogen er derved resultatet af forfatterens lange kliniske, forskningsmæssige og undervisnings aktivitet.

Lad det være sagt med det samme. Bogen er fremragende set ud fra en klinisk og terapeutisk synsvinkel. Bogen er så væsentlig, at den burde blive en del af det obligatoriske pensum i psykiatrisk og klinisk psykologisk specialistuddannelse. Det fænomenologiske grundlag, bogen hviler på, har ikke haft den nødvendige opmærksomhed i psykiatrien siden DSM III og bevægelsen "ny Kraepelinisme" kom på banen i psykiatrien i 1980. En konsekvens af denne faglige tilsidesættelse har været, at de seneste 2 generationer af psykiatere og kliniske psykologer har haft svært ved at læse og forstå fænomenologiske grundbegreber, og har betragtet dem som unødigt filosofiske, svært begribelige og uanvendelig i klinikken. Den nærværende bog råder bod på disse problemer. Bogen skal læses langsomt for at få den fulde udbytte og kan med fordel bruges som studiebog i faglige læsekreds.

En advarsel til læseren af anmeldelsen. Dette er ikke en vanlig anmeldelse, som du vil kunne læse på 6 min. Det er snarere tale om et kort resume af bogens indhold, som vil kræve lidt længere tid og større koncentration end vanlige anmeldelser på fagtidsskrifter. Bogen fortjener det.

Oversigt over bogens indhold

Bogen begynder med transkribering af en samtale mellem en behandler og en ung patient, om de forunderlige og skræmmende oplevelser patienten har haft de seneste måneder. Oplevelser som patienten har svært ved at forstå og udtrykke med ord, men som ikke desto mindre fylder hele hans liv med en følelse af, at verden synes at have forandre sig, at han ikke længere ved hvem han selv er. På behandlerens spørgsmål om han med sikkerhed kan sige, at han føler sig som sig selv, og at han føler sig som en naturlig del af verden svarer patienten: "Det lyder nok skørt når jeg siger det, men for at være helt ærlig kan jeg ikke en gang rigtigt forstå, hvad verden er for noget. Alting virker uvirkeligt og kunstigt (…) ".

Samtalen bliver udgangspunkt og rød tråd for bogens indhold. Efter en kort

historisk introduktion og præcisering af skizofrenibegrebet følger 17 korte men kompakte kapitler med følgende overskrifter:

1. Et første blik fra oven, som fører til feltets inderside.
2. At forstå er et universalt menneskeligt behov.
3. Prodromale fænomener kaster lys over eksistensen kerne – hjælp til forståelse af psykose.
4. Problemet med at definere den prodromale fase.
5. Videnskabens syn bestemmer synet på psykosen.
6. Subjektivitet.
7. Selvet og basale selvforstyrrelser.
8. Diagnostik, fænomenologi og EASE manualen i feltet psykoserisiko.
9. EASE manualens 5 domæner.
10. Synet på psykosebehandling er ved at ændre sig blandt de professionelle og sundhedsmyndighederne.
11. Hvad siger andre forståelses- og behandlingsmodeller for psykose? Anvender de eksplicit begreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforståelse?
12. Selvforstyrrelser som del i en bredere terapeutisk kontekst.
13. Samtale og fænomenologi.
14. Terapeutiske forhindringer og terapeutiske effekter.
15. Tilgang og indstilling til behandling rettet imod basale selvforstyrrelser.
16. Omrids af en pragmatisk 7 trins behandlingsmodel.
17. Implementering af Subjektivitet Modellen.

Som der ses af kapitlernes titler er der i bogen en kontinuitet og sammenhæng, som tydeliggøres i teksten ved hjælp af pædagogiske gentagelser og krydsreferencer. Bogens første tredjedel er centreret omkring den fænomenologiske teori og dens anvendelse i forhold til psykose og prodromale symptomer. I den midterste del tager forfatteren tråden op og fokuserer på kernebegreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforstyrrelser samt diagnosens betydning og det diagnostiske redskab EASE. Bogen sidste tredje del er centreret om psykoterapeutiske muligheder og samarbejde med andre terapeutiske tilgange til psykosens meget kompleks problematik. I de sidste to kapitler giver forfatteren en detaljeret beskrivelse af Subjektivitets Modellen og af dens implementering i psykiatrisk regi.

Som nævnt er Subjektivitet Modellen, som beskrives i bogen udviklet igennem en 10-15 års periode, hvor man implementerede modellen i en afdeling for psykosebehandling i Lier psykiatrisk hospital. I afdelingen kombinerede man klinisk

arbejde med unge psykotiske eller psykosenære patienter og deres pårørende med forskning og undervisning. I det følgende vil jeg begrænse mig til at give et overblik over de kapitler, som beskriver det teoretiske grundlag (kapitler 1-5), kapitlerne som omhandler kernebegreberne subjektivitet, selvoplevelser og selvforstyrrelser (kapitlerne 6-12) og endelig de kapitler som beskriver den psykoterapeutiske tilgang og metodik (kapitler 13-17).

Modellens udgangspunkt

Udgangspunktet er, at trods mere end 100 års forskning og klinisk arbejde med patienter som lider af psykoser i det såkaldte skizofrene spektrum, ved vi meget lidt om disse lidelsers årsager, og vi mangler fortsat en samlet model til forståelse af disse tilstande. Vi savner også effektive behandlinger ud over forskellige former for social støtte og medicin til psykisk afdæmpning og beroligelse. For den lidende patient og deres pårørende er *forståelse* af deres oplevelser et yderst vigtigt aspekt. Forståelsen har at gøre med at finde mening og sammenhæng i det man oplever. En bedre forståelse vil give en følelse af større tryghed og bedre mulighed for behandling, selv om man ikke forstår årsagerne til lidelsen. Selv om vi fortsat er meget langt fra at kunne *forklare hvorfor,* den enkelte patient udvikler en psykotisk tilstand, er vi efterhånden bedre i stand til at *forstå, hvordan* de psykotiske oplevelser udvikler sig. At kunne forstå, at finde mening i oplevelserne, at finde ord til at beskrive dem og at kunne tale sammen om dem har stor betydning for patienter og pårørendes følelser af tryghed og samhørighed.

Psykotiske forstyrrelser kan vise sig som 1. kortvarige reaktive forstyrrelser, 2. forstyrrelser med tilbagevendende episoder med relativ god prognose og 3. vedvarende og progredierende lidelser som kræver livslang hjælp og støtte. I perioden inden et eventuel psykotisk sammenbrud, i den omdiskuterede *prodromal* periode, er oplevelserne forskellige, men forbundet med oplevelserne under selve psykosen. De basale psykopatologiske processer i begge perioder er de samme, selv om de opleves forskelligt af patienterne. Fænomenologiens udgangspunktet er, at den direkte kilde til viden om den enkelte patients sindstilstande er deres personlige beskrivelse af oplevelserne i det daglige liv. Disse beskrivelser kræver en lyttende behandler til at registrere og opsummere dem, før man kan danne sig et troværdigt billede af patientens kvalitative oplevelser, de livsnære tanker, følelser og forestillinger, som påvirker vedkommendes væren i verden. Den psykoterapeutiske behandling af psykoser har i mange år været præget af en

indgroet pessimisme. Man har opfattet de psykotiske oplevelser som grundlæggende uforståelige og uindfølelige og derved umulig at påvirke af psykologisk vej. En dybere forståelse af patientens oplevelser under udvikling af psykosen vil derfor forbedre terapeutens mulighederne for empati med patienten og vil stabilisere den terapeutiske relation.

Fænomenologi og psykiatri.

Bogen bygger på den fænomenologiske filosofiske tradition. Sagt med få ord undersøger den fænomenologiske tradition patientens førsteperson perspektiv, det vil sige hvordan oplevelserne bliver struktureret i patientens bevidsthed og gør dem meningsfulde. Fænomenologi var som bekendt en af de dominerende filosofiske retninger i første halvdel af det 20. århundrede med kendte navne som E Husserl, K Jaspers, Merleau Ponty, P Sartre med videre. Fænomenologi er en erfaringsfilosofi og dens slagord, "til sagen selv", udtrykker et krav om, at man skal undersøge måden, hvorpå noget viser sig, før det indordnes i et begrebsligt system.

> *"All we know about humanity, the mind, mental disorders, and the surrounding world, all our scientific knowledge, arises originally from a first-person perspective, the I-perspective, whatever is being sensed by the subject."*

Fænomenologi er en teori og en metode til at forstå og finde mening i den enkeltes subjektive verden. Dens grundantagelse er, at vi lever i en "strøm" af oplevelser fuld af mening, som over tid skaber vores egen personlig livsoplevelse. Centrale begreber i den forbindelse er bevidsthedsstrøm og intentionalitet. Intentionalitet refererer til det faktum, at alle oplevelser, al bevidsthed er rattet imod noget med det formål at finde mening.

> *"Phenomenology studies the structure and function of experiences and explores how experiences contribute to the creation of meaning, and the understanding of humanity and the world"*

Sindet er altid subjektivt og kan ikke være et objekt. Siden 1980 har psykiatriens diagnostiske systemer været baseret på beskrivelser af observerbare adfærdstræk med det formål at blive objektive. Problemet i den forbindelse er, at noget som i sin natur er subjektivt ikke kan transformeres til noget objektivt. Kroppens fysiske karakteristik og adfærd kan objektiveres men ikke sindet. Dette giver diagnosticering af psykiske lidelser helt andre problemer end diagnosticering af fysi-

ske lidelser. Det særlig ved sindet er, at mentale fænomener er immaterielle og abstrakte og derfor forbigående, skiftende og "flydende". Der er ikke klare grænser mellem sindets forskellige aspekter og derfor heller ikke mellem forskellige mentale tilstande og diagnoser. Med mindre man lytter ordentligt efter oplevelsernes essentielle natur og ikke lader sig aflede af særlige teorier, risikerer man at tolke og forklare alt for hurtigt patientens oplevelser. For eksempel når patienten siger at han føler sig død, behøver det ikke at betyde at han føler sig udmattet, uden energi eller lammet i sin fortvivlelse i disse udtryks vanlig betydning. Hvis patienten er plaget af selv-forstyrrelser kan disse udtryk betyde, at patienten oplever en ordret tvivl om at være i live, om sin faktuelle eksistens eller at patienten føler sit liv som "kunstig" og uvirkelig. (Parnas, 2005). En grundig lytten til patientens udsagn om egne oplevelser og udvikling af sofistikerede diagnostiske begreber er derfor nødvendige betingelser for udvikling af en bedre forståelse af patientens oplevelser i den præpsykotiske og psykotiske tilstand.

Den opmærksomme og fordomsfrie lytten til patientens oplevelser er ikke kun en nødvendig betingelse for det diagnostiske arbejde, det er også en central del af det terapeutiske arbejde. Hvis den terapeutiske samtale baserer sig på en undersøgelse og erkendelse af patientens oplevelser, vil begge parter opleve samtalen som mere menneskelig, relevant, levende og autentisk. Begge parter vil da tale om "tingene i sig selv", de ægte personlige oplevelser. De abnorme selvoplevelser som ses under udvikling af psykosen skal med andre ord have en central plads under både assessment og behandling. Anerkendelse af patientens subjektive tilstande via en opmærksom lytten og empatisk medleven vil sikre den terapeutiske relation og forbedre terapiens resultatet.

At forstå er et fundamental menneskeligt behov

At forstå og kategorisere, at se tingene i sammenhæng er et fundamental psykologisk behov. Alting må være meningsfuldt, ellers bliver det kaotisk. Her taler vi ikke udelukkende en behovet for at forstå og skabe mening i dagligdags forstand. Vi taler også om behovet for at forstå på et dybere plan, som en fundamental betingelse der gør vores væren i verden sammenhængende og meningsfuld. Dette iboende behov for at forstå er ikke noget vi bestemmer os for bevidst. Behovet ligger i vores natur, det er den måde bevidstheden er skabt eller struktureret på. Bevidstheden er grundlaget for al forståelse. Bevidstheden har nogle basale måder at fungere på, en form for mental *infrastruktur* som giver dets indhold en form, retning og intentionalitet. En af disse funktioner er netop den

konstante, spontane og automatisk søgen efter mening eller forståelse af det, der sker inde i og udenfor os selv. Oplevelserne som strømer igennem vores bevidsthed *må* få mening for at undgå konfusion. Nye overraskende eller forvirrende begivenheder har altid første prioritet i vores bevidsthed, som straks forsøger at placere dem i en meningsfuld helhed. Bevidstheden gør os derfor i stand til at opleve sammenhæng og mening i alt det, vi er eller gør. Denne oplevelse af mening og sammenhæng bestemmer evnen til at give livet en retning og håb om at klare livets udfordringer.

Det er indlysende, at gode mellemmenneskelige relationer er en vigtig kilde til mental sundhed. At etablere og opretholde gode relationer er på den anden side en svær og krævende proces. Hvis en persons basale pre-refleksive måde at opleve verden på bliver forstyrret, som det sker i psykosens prodromale fase, vil disse forstyrrelser hurtigt påvirke vedkommendes relationer. Relationerne i familien vil hurtigt blive præget af usikkerhed og indre spændinger som følge af patientens vanskeligheder med at forstå og give udtryk for sine oplevelser. Patientens vanskeligheder med at finde ord for oplevelser og den ledsagende angst og skam vil skabe en barriere i kommunikationen. Onde cirkler skabes, hvor frustrationerne i familien forstærker patientens emotionelle pres og funktionelle forstyrrelser, som igen påvirker relationerne i familien på en negativ måde. Disse forhold blev i 1970erne beskrevet i en række undersøgelser af de negative konsekvenser disse spiraler af negative "expressed-emotions" kunne få på psykosens udvikling (Vaughn CE, Leff JP, 1976). Forståelse, mening, mestring og gode relationer er 4 fundamentale betingelser for en sund mental og relationel funktion. Forstyrrelser i patientens basale selvforståelse vil skabe forstyrrelser i meningsskabelsen, i den gensidige forståelse og i de nære relationer.

Spørgsmålet er hvad der menes, når man taler om *at forstå psykosen*. Svaret er forskelligt afhængigt af, om man taler med de professionelle, med folk i almindelighed eller med patienten selv. De professionelle vil bruge deres viden om forskellige biologiske, psykologiske eller sociale faktorers indflydelse på lidelsens udvikling i et forsøg på at forstå lidelsen og hjælpe patienten. Folk i almindelighed har som regel ikke nogen særlig viden om disse lidelsers grundlag, så deres bidrag til forståelse kan nemt blive en kilde til yderligere forvirring. For patienten selv er spørgsmålet om at *forstår lidelsen akut og helt grundlæggende*. At forstå de psykotiske eller nærpsykotiske oplevelser, det vil sige, at forstå det, som opleves som ufatteligt, bliver et overvældende behov for ham eller hende. Oplevelserne er så forstyrrende og pinefulde, så påtrængende og altomfattende, at de kan

lamme patienten i sit daglige liv. Patienterne har ofte udtalte vanskeligheder med at udtrykke eller finde ord for deres oplevelser af fremmedhed, uvirkelighedsfølelser og fragmentering af mening. Lige så vanskeligt og skamfuldt kan det være at fortælle om deres vrangforestillinger eller hallucinatoriske oplevelser. Det er på den anden side en vanlig erfaring, at patienterne oplever en store lettelse, når deres oplevelser bliver taget alvorligt, og de får hjælp til at finde ord og formulere disse skræmmende og vanskeligt formulerebare oplevelser. Terapeutens opmærksomme lytten og den sproglige formulering under samtalen vil hjælpe patienten til at forvandle noget indre, svært tilgængeligt og skræmmende til noget mere tilgængeligt, som kan benævnes og deles med andre. Oplevelserne kan med andre ord blive tilgængelige for psykoterapeutisk udveksling, refleksion og bearbejdelse.

Subjektivitetsmodellen

Modellens egentlig formål er forståelse og psykoterapeutisk behandling af psykosens fænomenologi, i særlig grad af oplevelserne under de første faser af psykosens udvikling som domineres af en *forstyrret subjektivitet og forandring af selvoplevelserne*. Modellen prætenderer ikke at være udtømmende for den meget komplekse problematik som psykoserne er en del af. Den forsøger at være afklarende og klinisk brugbar ved at tilbyde et vigtigt perspektiv til forståelse af patienternes eksistentielle oplevelser.

Modellens grundlæggende begreber, *subjektivitet, selvoplevelse, selvforståelse og selvforstyrrelser* har som nævnt sit udspring i den fænomenologiske filosofi og psykiatri. I denne sammenhæng er *subjektivitet* noget andet og mere end den vanlige forståelse af at være et autonomt, selvstændigt subjekt. Subjektivitet refererer her til *selve oplevelsen af sig selv* som et subjekt (selvoplevelsen) samt til bevidsthedens *nødvendige betingelser* for denne oplevelse. Subjektivitet er en støttende "*strukturel del af menneskets bevidsthed*", som dannes og udvikles livet igennem og som støtter fundamentale aspekter af den enkeltes identitetsoplevelse. Identitet betyder "det samme", og i den forstand at være det samme, at have en umiddelbar oplevelse af *at være mig selv*. Subjektivitet er bevidsthedens dybeste aspekt, tavs og implicit, en væsentlig del af enhver oplevelse, som manifesterer sig for mig som *min* oplevelse.

Inden en grundigere beskrivelse og diskussion af prodromale fænomener og deres udvikling til psykose giver forfatteren en kort præsentation af de tre grund-

begreber, som kan bruges som tre trin i en forståelse af udviklingen fra den prodromal fase til psykotisk tilstand. Det drejer sig om *selvoplevelse, selvforståelse og selvforstyrrelser. Selvoplevelse* er vores umiddelbare, ureflekterede, spontane, holistiske oplevelse af os selv på et givet tidspunkt, her og nu. Den er ikke styret af nogen form for bevidste tanker, den er tværtimod en passiv og global oplevelse af en indre kerne: *selvet.* Selvoplevelsen er summen af alle sansninger, indre og ydre, som finder sted på en gang i os selv i ethvert øjeblik. Den er implicit, automatisk og ureflekteret men kan blive delvis bevidst ved, at vi vender blikket og opmærksomheden indad til os selv. Begrebet og selve oplevelsen er vanskelig af begribe, men er til gengæld meget vigtig at være opmærksom på, da forstyrrelse i selvoplevelse har en vigtig betydning i de prodromale oplevelser og i psykosens udvikling.

Selvforståelsen, den bevidste tilskrivning af mening, kan betragtes som en videreudvikling af selv-oplevelserne. Begrebet henviser til en personlig, rational, kognitiv processering, en tilskrivning af mening og forståelse som del af den mentale udvikling. "Jeg føler det sådan (selvoplevelsen), og jeg forstår det som udtryk for den bestemte kvalitet (selvforståelse) ". På den måde vil livsbegivenhederne samle sig over tid og få en personlig logik og mening. Begivenhederne bliver forudsigelige og danner vores identitet. Vores spontane selvoplevelser assimilerer på den måde nye oplevelser, som bliver nye temaer i vores bevidste liv. Således udvikler vi vores narrative identitet livet igennem. Alting bliver tilknyttet vores selv. Det er sådan vores følelse af at have en fast kerne, et gravitationscenter i selvet bliver konstitueret. Selvforståelse og identitetsfølelse er derved tæt knyttede begreber i subjektivitetsmodellen.

Subjektiviteten, den strukturelle del af vores bevidsthed, er ansvarlig for det såkaldte første-person perspektiv, for oplevelsen af at være et subjekt, og at være i besiddelse af en genkendelig og stabil kerne i vores eget liv. Hvis denne subjektivitet bliver forstyrret eller forvrænget, hvis eller når man oplever *selvforstyrrelser* vil dette have en umiddelbar effekt på vores spontane, naturlige og ureflekterede selvoplevelse. Det vil først komme til udtryk i form af en næsten umærkelig drømmeagtig uvirkelighedsfølelse. Denne følelse kan knyttets til, hvad jeg ser eller hører omkring mig, kropslige oplevelser eller andre typer af erfaringer. Følelse af uvirkelighed, af at være fremmed over for omgivelserne, af at være fjern eller anderledes skaber en bevidst søgen efter forståelse, en søgen efter alternative meninger om mig selv. Som tidligere nævnt er denne konstante søgen efter mening, efter at forstå sig selv og sin situation nødvendig for overlevelse.

Disse nye ideer eller antagelser om sig selv som patienten udvikler i denne første fase af selv-forstyrrelser er ikke faste overbevisninger, men mere vage ideer eller "som-om fænomener". Patienterne beskriver disse oplevelserne med udtryk som "det føles som om", "det føles ligesom" "det er ligesom" osv. I det kliniske møde er det vigtigt at bemærke disse udtryk som hjælp til at bedømme, hvor stor indflydelse disse oplevelser har på patientens sind og hans sociale liv. Det er her, man finder den ellers meget vanskeligt bestemmelige grænse mellem psykose og ikke psykose, mellem overvejende faste og urokkelige overbevisninger eller ustabile "som-om" oplevelser.

Patientens meningstilkendegivelse eller forståelse af oplevelserne ved selvforstyrrelser kan over tid tiltage i intensitet, konsolidere sig og få større overbevisningskraft. I processen kan de blive mere irrationelle og rigide og får dermed karakter af psykotiske oplevelser. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på disse selvoplevelser tidligt i forløbet for at kunne påvirke dem terapeutisk og forhåbentligt stoppe den negative udvikling i retning af psykosen.

Den prodromale fases kerneoplevelse: at miste sig selv

Begreber som selvet, subjektivitet, selvbevidsthed m.v. er fortsat ret fremmede i den konventionelle forståelse af psykose og skizofreni. Det er forfatterens påstand, at de til gengæld er fundamentale, hvis man ønsker at forstå og ikke udelukkende beskrive de kliniske fænomener under den prodromale fase og ved skizofreni. Forfatteren nævner her Kierkegaards kendte citat fra Sygdommen til døden (1848):

> *"Den største fare af dem alle, at miste sig selv, kan forekomme i stilhed, som om intet var sket. Ingen andre tab kan finde sted så stille. Alle andre tab, en arm, et ben, 4 kroner, en hustru osv – vil med sikkerhed blive bemærket".*

Kierkegaard beskriver menneskets selv som en relation, som relaterer sig selv til sig selv. Selvbevidsthed refererer til vores bevidsthed om os selv og vores evne til at reflektere over vores egen eksistens. Denne selvrefleksion eller selvbevidsthed er en specifik menneskelig egenskab og er noget helt andet og mere grundlæggende end selvtillid eller selvværdsfølelse. Patienterne i psykosens prodromale fase udtrykker denne basale forstyrrelse i deres selvoplevelse og selvbevidsthed med udtryk som "Jeg har mistet mig selv" "Jeg ved ikke hvem jeg er".
Prodromer betyder tidlig tegn på sygdom og blev i 90erne brugt som synonym

for tidlige tegn på psykose eller skizofreni. Listen over prodromale symptomer for skizofreni blev dog fjernet fra DSM-III-R på grund af mangelfuld evidens for, at disse symptomer kunne forudsige den skizofrene udvikling. I den amerikanske tradition opfattede man de prodomale tegn, som værende de samme som psykotiske symptomer blot af mindre intensitet. I løbet af 00erne blev der blandt andet af bogens forfatter (Møller, 2000) foretaget nye kvalitative undersøgelser af førstegangs indlagte patienter med fænomenologisk metodik. Disse undersøgelser påviste *kvalitative* forskelle mellem de prodromal symptomer og de åbenlyse psykotiske symptomer. Prodromal symptomer viste sig at være noget andet end mildere psykotiske symptomer og samtidigt anderledes end symptomerne ved andre psykiatriske lidelser som angst eller depression. Fælles for de undersøgte patienter var en dyb og smertefuld eksistentiel konfusion, som var tilstede før en eventuel psykose manifesterede sig. Patienterne beskrev vedvarende ændringer i deres oplevelse af sig selv, af mennesker omkring dem og i oplevelsen af verden, som havde afgørende indflydelse på deres adfærd, specielt deres sociale adfærd. De eventuelle psykotiske symptomer var endestationen af en længerevarende udvikling med udgangspunkt i prodromal oplevelser, blandt andet følgende: Abnorme selvoplevelser, hyperrefleksion og ekstrem bekymring, forstyrrelse i fornemmelse af egen kontrol, flygtige vrangperceptioner og ideer, social tilbagetrækning m.v. Disse første undersøgelser udviklede sig videre i samarbejde med Den Danske Center for Subjektivitet til manualen EASE, Examination of anomalous self-experience (Parnas & Møller, 2005). Mere om det senere.

Subjektivitet og basale selvforstyrrelser

Inden den detaljerede beskrivelse af EASEs karakteristikker og kliniske brug opsummerer forfatteren i to kapitler dets videnskabelige grundlag. I kapitlet 6 gives en dybdegående beskrivelse af *subjektivitet og dens basale funktioner.* Når vi taler om at være et subjekt, taler vi om, hvad man mener med at *opleve sig selv* som et subjekt (selvoplevelse) og om de bevidsthedsmæssige *betingelserne* for denne særlige oplevelse. Subjektivitet forstås som det dybeste lag af bevidstheden, som kan begribes under den kliniske dialog, dog udelukkende på en indirekte måde. Bevidstheden manifesterer sig i os hele tiden ved at gøre os opmærksom på os selv, vores eksistens og vores omgivelser. En af de vigtigste ting som bevidstheden sikrer, er at vi *føler os som os selv,* at vi oplever at have kontrol over os selv og at alt det vi oplever føles *fast forankret i os selv.* Dette foregår på et prærefleksivt niveau, som bare virker, uden at vi behøver at tænke over det lidt ligesom at trække vejret. Subjektivitet er derfor en usynlig iboende komponent af

hver enkel oplevelse. Sådan fungerer sindet når subjektiviteten er intakt. Men når subjektiviteten bliver kompromitteret f.eks ved en begyndende skizofreni, bliver patienten opmærksom på netop det, de har mistet. Først når man mister evnen, bliver man opmærksom på det. Subjektivitet er en slags "infrastruktur", som understøtter de mest basale aspekter af vores identitet.

Hvis subjektiviteten bliver forstyrret eller svækket, vil den spontane selvoplevelse blive tilsvarende forstyrret. Man oplever da sig selv som fremmedgjort over for sig selv eller omgivelserne, uvirkelig og ugenkendelig. Patienterne udtrykker disse oplevelser med ytringer som "jeg har mistet mine følelser, jeg har mistet mig selv, jeg er blevet en anden person, jeg har mistet mig selv fuldstændig og er nødt til at gentage, hvem jeg er for mig selv" (Møller & Husby,2000). Når subjektiviteten bliver forstyrret på den måde, vil man automatisk søge efter nye meninger og forståelse af det, man oplever, og vil tildele det en personlig og privat mening. Det, der begyndte som en forstyrret subjektivitet eller *selvoplevelse,* vil på den måde kunne udvikle sig til *selvforstyrrelser* og eventuelt til *psykotiske overbevisninger.*

Overordnet set har subjektiviteten følgende 6 basale funktioner i bevidstheden:

1. At føle sig som sig selv.
2. At føle sig som en helhed, sammenhængende og med en indre kerne.
3. At føle en fysisk og mental tilstedeværelse i nuet.
4. At føle ejerskab over ens egne oplevelser.
5. At føle sig i live og vital.
6. At føle at man umiddelbart forstå det, som er indlysende for alle.

Eksempler for forstyrrelser i disse basale funktioner kan være, 1. "jeg har mistet mig selv". 2. "det er ligesom min indre kerne er forsvundet". 3. "verden omkring mig er en illusion". 4. "det føles som om mine tanker ikke er mine tanker". 5. "jeg berører mit ansigt og det føles følelsesløst. Er jeg død? 6. "Alle ting ser nye og kunstige ud". Kort sagt, selvet er vores refleksion over os selv og vores eksistens. Det, som er forstyrret i de basale selvforstyrrelser, er de nødvendige underliggende implicitte betingelser for at foretage selvrefleksionen.

Fænomenologi, selv og identitet

En kendt diskussion mellem fænomenologiske og psykoanalytiske tænkere har

været spørgsmålet om selvets og identitetens udvikling. Mens den psykoanalytiske teori har lagt stor vægt på det udviklingspsykologiske og udviklingspsykopatologiske aspekt af selvet og identiteten, har den fænomenologiske teori lagt hovedvægten på den momentane eller umiddelbare natur af selv-oplevelsen i nuet eller i hvert øjeblik. Udover dette forstår fænomenologien udviklingen fra den prodromale til den psykotiske tilstand som et udviklingsmæssigt *brud,* som finder sted i en bestemt epoke af livet, nemlig ungdomsårene. Vi taler ikke her om psykodynamiske processer i psykoanalytisk forstand, hvor ændringer i selvoplevelser har fundet sted i årelange udviklingsmæssige processer. I fænomenologien taler man om et *brud* i selvoplevelsen, noget som dukker op i løbet af uger eller måneder, som regel i forbindelse med udtalte livsbelastninger. Ifølge fænomenologerne har disse ændringer i identitetsoplevelser i øvrigt en mere gennemgribende karakter end de identitetsoplevelser, som kan opleves ved personlighedsforstyrrelser. I det præpsykotiske brud er ændringerne dybere og mere "strukturelle", de er principielt utilgængelige for den bevidste introspektion.

I den fænomenologiske teori om selv og identitet taler man om forskellige *bevidsthedsniveauer.* Det dybeste niveau i identitetsfølelsen er det *præfleksive niveau*, den basale, implicitte, tavse, første-persons oplevelse af at være sig selv. Det er betingelsen for at kunne føre en normal tilværelse. Det er fra dette *minimale eller kerneselv,* at subjektiviteten opererer og sikrer fundamentale sider af vores mentale liv. Det næste niveau er *identitetens refleksive niveau*, følelsen af at være den samme over tid, det niveau vi oplever bevidst og reflekterer over og som giver os en følelse af kontinuitet over tid. Det tredje niveau er *den bevidste narrative identitet*, som vi fortæller hinanden om, hvem vi er, vores erindringer, vores interesser, uddannelse, drømme for fremtiden osv osv. Som den opmærksomme læser nok har bemærket, svarer denne inddeling af bevidsthedsniveauer eller identitetsniveauer til A. Damasios tre trin i selvets udvikling i hans teori om bevidsthed og selvforståelse:

1. *Protoselvet*, det grundlæggende ubevidste automatisk registrering af kroppens indre tilstande.
2. *Kerneselvet*, hvor selvfornemmelsen bliver aktiveret i øjeblikket, "jeg oplever det".
3. *Det autobiografiske selv*, hvor man forbinder bevidste oplevelser over tid og skaber en fortælling om sig selv (A Damasio, 2019).

Det problem man kan møde i behandling af præpsykotiske eller psykotiske

patienter er, at man som terapeut glemmer eller ikke er tilstrækkelig opmærksom på *identitetens prærefleksive niveau* eller på forstyrrelser i protoselvet. Man kan af den grund komme til at misforstå patientens egentlige problematik og grunden til deres udtalte personlige og relationelle vanskeligheder.

EASE manualen og dens 5 domæner

Som bekendt er diagnosticering af mentale forstyrrelser et meget omdiskuteret emne. Et af de største problemer i den forbindelse er at diagnoserne ofte opfattes som rigtige, fuldkomne og stabile definitioner af forskellige lidelser, hvad de ikke er. Sindet er abstrakt og under konstant forandring. Det er derfor ikke muligt at veje og måle det en gang for alle. Selvforstyrrelser som anvendes til beskrivelse af fænomenerne i forbindelse med psykosenære tilstande, højrisikotilstande eller prodromale træk har *ikke* karaktær af diagnose. De har dog fælles træk med diagnoserne, idet de begge er kliniske begreber, som hjælper os til at tænke systematisk om de observerede fænomener. Den systematiske indsamling af væsentlige mentale fænomener er betingelsen for bedre at kunne forstå patientens tilstand og derved at kunne svare på patientens og de pårørendes fortvivlede spørgsmål: Hvad er der i vejen med mig? hvad sker der med mig? Hvad kan man gøre ved det? En udredning og klassifikation af fænomenerne kan hjælpe med at svare på disse basale spørgsmål.

Systematisk undersøgelse af basale selvforstyrrelser har været motiveret af behovet for større præcision i den kliniske beskrivelse af patienter i risiko for at udvikle psykoser. Dette behov er blevet aktualiseret af, at et signifikant gruppe patienter beskrevet ved brug af officiel anerkendte instrumenter som værende i ultrahøj risiko for psykose har vist sig *ikke* at udvikle psykoser i efterforløbet (Yung & Nelson, 2013).

The Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) (Parnas et al, 2005) er et semistruktureret instrument til undersøgelse af basale selv-bevidsthedsforstyrrelser. Instrumentet er udviklet ved hjælp af personlige beskrivelser fra patienter diagnosticerede med lidelser indenfor det skizofrene spektrum. Instrumentet er meget deskriptivt og har størst differentiel diagnostisk relevans for lidelser indenfor det skizofrene spektrum, prodromale tilstande, skizotypiske tilstande eller ved psykotiske tilbagefald.

EASE indeholder 57 oplevelser af selv-forstyrrelser som opleves af patienterne i

den prodromale fase og i mindre grad under den fuldt udviklede psykose. Nogle af dem er meget karakteristiske for de patienter, som udvikler psykotiske forstyrrelser mens andre er mindre karakteristiske og også ses ved andre mentale forstyrrelser. Manualen kan også bruges som et mål for lidelsens sværhedsgrad, da de enkelte items kan kvantificeres og skalaen opsummeres til en sum-score. Forfatteren understreger dog, at det vigtigste ved EASE er skalaens kvalitative aspekter. Understregning af skalaens kvalitative aspekter skyldes forfatterens vægt på, at *behandlingen* kun kan bestemmes på baggrund af forstyrrelsernes kvalitative mønster, det vil sige de specifikke mønstre hos den enkelte patient.
EASE´s 5 domæner er

1. Kognition og bevidsthedsstrøm
2. Selv-bevidsthed og tilstedeværelse
3. Kropslige oplevelser
4. Afgrænsning/transitivisme
5. Eksistentiel reorientering

Bogen giver en definition og en bredere beskrivelse af hvert enkelt domæne, som gør de til tider vanskelige begreber forståelige og klinik nære. Hvert domæne bliver illustreret med en række patientudsagn som gør domænerne umiddelbart tilgængelige. For eksempel under domæne 2, Selvbevidsthed og tilstedeværelse nævnes blandt andre følgende patientudsagn:

- Det er ligesom der ikke er mig som gør tingene
- Noget har trukket personligheden ud af mig
- Et eller anden inde i mig er blevet ikke-menneskelig
- Jeg har ikke en indre kerne
- Det er ligesom jeg har ophørt med at eksistere
- Verden omkring mig er en illusion

Under domæne 5, Eksistentiel reorientering, hvis mening kan være svært at begribe, idet det angår fundamentale ændringer i ens metafysiske syn på verden, eksistentiel væren i verden og mål i livet, nævnes blandt andet følgende patientudsagn:

- Jeg er nødt til at definere og analysere alt det jeg tænker over
- Jeg er nødt til at finde nye begreber om verden og om den menneskelige eksistens

- Nye ideer om overnaturlige fænomener overtog efterhånden alt min tænkning og mit liv
- Jeg fik en svævende følelse af, at kun det jeg ser eksisterer, men straks efter forstod jeg at det var meningsløst
- Jeg undrer mig ofte over om verden eksisterer i virkeligheden

Dette ultrakorte referat af bogens beskrivelse af EASE manualen og dens domæner yder ikke retfærdighed til emnets betydning og kompleksitet. Forfatteren gør meget ud af at understrege, at instrumentets domæner er dimensionale aspekter af et sammenhængende hele, det vil sige dele af et overordnet gestalt, og ikke må opfattes som selvstændige symptomer. Vægten bliver hele tiden lagt på den enkelte patients særlig konstellation af selvoplevelser og dens betydning for den individualiserede behandling.

Subjektivitetens rolle i forskellige forståelsesmodeler af psykoser

Inden beskrivelse af subjektivitetsmodellens psykoterapeutiske metode sammenligner forfatteren modellen med andre forståelsesmodeller som neurokognitive og kognitiv terapeutiske modeller og endelig forskellige former for psykoanalytiske og eksistetiel terapeutiske modeller. Der bliver bemærket at vigtige psykoanalytiske teoretikere som Kernberg og Cullberg beskæftiger sig med fænomener som identitetsdiffusion eller selvforstyrrelser, og at disse begreber ligger tæt på fænomenologiens begreber om basale selvforstyrrelser. Dette til trods mener forfatteren ikke, at den psykoanalytiske teori har beskæftiget sig med subjektiviteten som bevidsthedens iboende struktur, og at den derved har overset en fundamental del af de nærpsykotiske og psykotiske patienters basale forstyrrelser. Forskellen mellem den fænomenologiske forståelse og for eksempel den psykoanalytiske selvpsykologi er ifølge forfatteren ret afgørende. Selvpsykologien fokuserer på selvets udvikling i barndommen og ungdommen i retning af det modne selv, mens fænomenologien fokuserer på *bruddet* i subjektiviteten og selvbevidstheden, som finder sted i en bestemt periode af puberteten eller ungdommen. Fænomenologien fokuserer som sagt på den basale, implicitte selvoplevelse, den prærefleksive og præverbale identitetsoplevelse. At miste sig selv eller sin identitet betyder i denne forståelse noget andet end det, disse ord udtrykker i den psykoanalytiske selvpsykologi.

Den eksistentialistiske terapi skulle ifølge forfatteren være nemmere forenelig med subjektivitetsmodellen, idet den eksistentialistiske terapi lægger vægt på en

undersøgelse af patienternes selvnarrativ og livshistorie, og fordi den lægger større vægt på menneskets ansvarlighed og mulighed for selvbestemmelse. Argumentet er dog modsætningsfyldt og ikke nemt at følge, da disse fokusområder også er fremtrædende i den psykoanalytiske terapi, og at det netop er patientens tab af blandt andet følelse af ejerskab og selvbestemmelse, som karakteriserer selvforstyrrelserne i den fænomenologiske forståelse.

Det vigtigste budskab i kapitel 11 og 12 er at behandling af psykoser er så mangefacetteret, at subjektivitetsmodellen ikke kan stå alene og må betragtes som et supplement til de forskellige behandlingsperspektiver, som moderne psykosebehandlinger baserer sig på.

Terapeutiske forhindringer og nødvendige betingelser

Bogens sidste kapitler har fokus på psykoseterapiens betingelser og metode. Det overordnede formål i psykoseterapi er som i andre former for psykoterapi at forbedre forståelse af lidelsen, medvirke til dens transformation, og at forebygge tilbagefald. Den grundlæggende terapeutiske holdning er en åben og nysgerrig undersøgelse af patientens oplevelser, samt en fælles refleksion over dem med det formål at medvirke til skabelse af ny mening.

Det specifikke ved psykoseterapi i forhold til andre psykoterapier er, at en række betingelser skal være opfyldt for at kunne udvikle sig i positiv retning. De emner eller temaer som patienten bringer frem under samtalen, er de samme som plager ikke- psykotiske patienter. Relationelle problemer i familien eller på arbejde, følelsesmæssige vanskeligheder og konflikter, identitetsproblemer m.m. Men udover disse fælles temaer er der en række vanskeligheder, som er specifikke for psykotiske patienter og som man må tage høje for, hvis man vil gøre sig håb om en positiv udvikling. Den første forhindring på vejen er, at patienten kan have umådeligt svært ved at udtrykke de særprægede selvoplevelser med ord. Specielt i lidelsens første fase er oplevelserne ustabile, ”flydende” og vanskelige at begribe. Afhængig af konteksten vil de iøvrigt være mere eller mindre fremtrædende under samtalerne. De kan stort set være fraværende under trygge forhold men kan blive udtalte i situationer, hvor patienten føler sig utryg f.eks ved en akut indlæggelse.

Følgende tre betingelser skal være opfyldt for at sikre psykoseterapiens positive effekt.

1. *Patienten må kunne genkende oplevelserne som sine egne.* Hvis patienten er plaget af udtalte selvforstyrrelser i domænerne selv-bevidsthed eller afgrænsning (se ovenfor) og føler at han har mistet sin indre kerne eller ikke kan adskille egne tanker eller følelser fra andres, vil drøftelser om følelsesmæssige konflikter være uden *personlig* relevans for patienten. Patienten vil miste motivationen for deltagelse i samtalen og i værste fald vil bestræbelserne for at fremme en personlig refleksion udvikle sig til psudomentaliserende eller hyperreflektive monologer om eksistentielle, religiøse eller filosofiske emner, som ikke er forankret i patientens konkrete liv.
2. *De omtalte emner og oplevelser* må have *en indre sammenhæng og personlig mening for patienten.* Den indsigt om sig selv som tilstræbes ved psykoterapi er betinget af evnen til at se sit liv i tidssammenhæng og i sammenhæng med andre. Ved forstyrret subjektivitet kan disse evner være ustabile og det psykoterapeutiske forløb vil af den grund blive skadet. Under disse omstændigheder må problemerne i patientens fornemmelse af indre sammenhæng og personlig mening være i forgrunden under terapien.
3. Endelig må *oplevelserne kunne deles i en intersubjektiv udveksling.* Som nævnt kan patienten have meget svært ved at udtrykke de følelser af uvirkelighed, der plager dem, og lige så svært ved at genkende andres beskrivelser af deles egne tanker eller oplevelser f. eks. terapeutens. Forstyrrelser i subjektiviteten forstyrrer muligheden for intersubjektivitet og derved mulighed for interpersonel udveksling under terapien.

Disse tre nødvendige betingelser eller mulige terapeutiske forhindringer er så betydningsfulde at de altid må tillægges en særlig betydning i terapien.

Psykoterapiens to forskellige synsvinkler, den almene og den psykosespecifikke synsvinkel

Forfatteren bemærker, at i psykoseterapi er det af pædagogiske grunde gavnligt at adskille psykoterapiens almene eller generelle dele fra de psykosespecifikke dele. Målet ved de almene terapeutiske opgaver er refleksion og forøget indsigt i de emotionelle vanskeligheder, det enkelte individ kan møde i livet i forhold til sig selv og andre. Forståelse af intrapsykiske og interpersonelle konflikter og modulering af vanskelige følelser i processen er med andre ord psykoterapiens fælles målsætning. Den terapeutiske relation og håndtering af den under processen er den vigtigste eller en af de vigtigste faktorer for terapiens positive effekt.
Disse almene psykoterapeutiske opgaver gælder også i psykoterapi af psykotiske

eller nærpsykotiske patienter. Psykotiske patienter kæmper som alle andre med at forstå, håndtere og modulere relationelle og personlige konflikter. Men i psykotiske eller nærpsykotiske tilstande kan disse fælles menneskelige problemer ikke forstås, drøftes og søges forandret ud fra en fælles forståelsesplatform. Som nævnt ovenfor savner patienter med selvforstyrrelser i større eller mindre grad præmisserne for at forstå problemernes personlige udgangspunkt og mulighed for at samarbejde med terapeuten om skabelse af en ny mening. Hvis oplevelserne føles som upersonlige, fjerne eller uvirkelige, kan det psykoterapeutiske grundlag og mulighed for forandring vakle. En intakt subjektivitet er derfor på paradoksal vis en betingelse for den generelle eller almene psykoterapeutiske behandling.

Af disse grunde skal opmærksomheden i psykoterapiens første faser være rettet imod de psykosespecifikke felter. Patientens grundlæggende oplevelse, den oplevelse som hele hans tilværelse drejer om i den prodromale og psykotiske fase er oplevelsen af en tiltagende panik forbundet med oplevelsen af eksistentielt sammenbrud. Terapeutens opmærksomhed må derfor i begyndelsen være rettet imod disse psykosespecifikke områder. De tre sammenhængende psykosespecifikke fokusområder bliver da:

1. *Støtte patientens basale identitet* ved spejling og validering af at være sig selv trods forandringerne, at tanker og følelser om de oplevede forandringer er egne tanker og følelser.
2. *Støtte relationen og dialogen*. Når patienten udviser tegn på konfusion eller fremmedhed i situationen, når han f.eks. spørger om ”hvad betyder at have en dialog. Har vi haft en dialog nu? ” må terapeuten fokuserer på disse følelser og deres baggrund i den terapeutiske situation.
3. *Støtte empatien og intersubjektiviteten* i den terapeutiske relation. Terapeutens spejling og validering af patientens subjektive oplevelser, også af dem som har karakter af selvforstyrrelser, kan åbne op for en oplevelse af empati og sympati mellem terapeut og patient og derved skabe en bro over forståelseskløften, den kløft som Jaspers udtrykte med sin pessimistiske ”das nicht einfulbare”.

Skitse af en 7-trins behandlingsmodel

Bogen slutter med to kapitler, hvor forfatteren beskriver og diskuterer indgående behandlingsmodellens 7 trin, dens implementering og aktuelle videnskabelig

status. Efter igen at understrege modellens begrænsninger, ”alle modeller er forkerte, men nogle er brugbare (Box, 1976) ” bemærkes at opmærksomhed på selvforstyrrelser ikke må ske på bekostning af andre vigtige temaer. På den anden side vil selvforstyrrelserne ofte ligge under patientens fremtrædende problemer og vil pludseligt komme i forgrunden i terapien. De enkelte trin i modellen kan derfor skifte fra at være terapiens baggrund til at komme i forgrunden. Opmærksomhed omkring og brugen af disse trin må altid ske parallelt med opmærksomhed på vigtige terapeutiske temaer: patientens emotionelle og relationelle temaer, angst og depression med deres stærke eksistentielle over- og undertoner, dybe følelser af skyld, skam og ensomhed, selvdestruktive og suicidale impulser m.m.

Af plads hensyn vil jeg her nøjes med at citere overskrifterne for de 7 trin i håb om, at det kan motivere læseren til at gå videre med læsning og selvstudie af denne væsentlige bog.

- Trin 1. Hvilke fænomener oplever patienten? En systematisk fælles overblik.
- Trin 2. ”Viden om sindet”. En psykoedukationel læring om subjektivitet og om at være sig selv.
- Trin 3. Atribution. Hvilke mening har oplevelserne fået tilskrevet?
- Trin 4. ”Viden om sindet”. Alternativ forståelse af oplevelserne i lyset af subjektivitet og selvet.
- Trin 5. Rationalet bag den udviklede personlige mening: Hvordan blev det sådan?
- Trin 6. Fra tanker og forestillinger til adfærd og funktion.
- Trin 7. Ny-atribution. Nye tolkninger af oplevede fænomener kan skabe nye meninger og ændre selvforståelsen.

Alle kapitler er forsynet med fyldige litteraturreferencer. Bogen er yderligere forsynet med et appendiks med Screen Questionnaire for EASE- sex items (SQuEASE-6) og et fyldigt Index.