

Paul Møller

Samtalen som mikroskop – opplevelsesdimensjonen ved schizofreni

The conversation as a microscope – the experimental dimension of schizophrenia

Intervjuet 8. desember 2010, Drammen



Schizofreni regnes som den mest alvorlige psykoselidelsen, i den forstand at den debuterer tidlig - hos ungdom og unge voksne - og har et langvarig forløp, oftest livet ut. I Norge får hvert år 750-1000 mennesker diagnosen, og man regner med at 10-15000 mennesker til enhver tid er i behandling for denne forstyrrelsen i vårt land.

Paul Møller er dr.med. og forskningssjef ved forsknings- og utviklingsavdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken helseforetak. Han har vært med på å utarbeide en modell for psyko-seutredning som kjennetegnes ved at pasientenes selvopplevelse og selvforståelse er avgjørende i utredning og behandling. Tidligere Sykehuset Buskerud (nå Vestre Viken) var lenge alene i Norge om å ha et systematisk vitenskapelig fokus på den subjektive dimensjonen ved schizofreni, men de senere årene har interessen for denne modellen som utredningsmessig og terapeutisk verktøy blitt betydelig mange steder i landet.

En bedre psyko-seforståelse

I 1994 begynte Møller å forske, etter mange års klinisk arbeid med psykoselidelser, særlig schizofreni. Det som motiverte for forskning var opplevelsen av å forstå alt for lite av denne lidelsen og at behandlingen han var med på å tilby, var utilfredsstillende og med beskjeden effekt. I arbeidet med doktoravhandlingen *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first-episode schizophrenia* (UiO, 2000) samtalte han med 20 unge mennesker som nettopp hadde vært igjennom sin første episode med schizofreni, samt med deres familie og øvrige omgivelser. Målet var å få et bredest mulig bilde av hva som skjedde i tiden før de ble psykotiske. Han fant noen slående fellestrekk hos alle pasientene, knyttet til hvordan de opplevde og beskrev det å være grunnleggende forstyrret i sin egen identitetsopplevelse: "Det var noen ord og vendinger som gikk igjen hos nesten alle disse pasientene," forklarer Møller. "Det dreide seg om spørsmål av typen hvem er jeg egentlig, hva er jeg, finnes jeg, og hvordan skal jeg forstå verden og meg selv – altså helt fundamentale eksistensielle spørsmål, men med en styrke som var helt ødeleggende for det daglige liv og fungering."

"Undersøkelsen snudde opp ned på mitt syn på psyko-se. Jeg vil si at jeg ikke hadde noen egentlig forståelse

Schizophrenia is considered the most severe psychotic disorder, in the sense that it has an early onset - in adolescents and young adults - and has a long duration, usually lifelong. In Norway, each year 750 - 1000 people are diagnosed, and it is estimated that 10 to 15000 people at any given time receive treatment for this disorder in Norway.

Paul Møller is a psychiatrist and Research Director at the Department of Research and Development, Division of Mental Health and Addiction at Vestre Viken Hospital Trust. He has developed a model for psychosis assessment that is characterized by making the patients' self-experience and self-understanding crucial in assessment and treatment. Former Buskerud Hospital (now Vestre Viken) was the only hospital in Norway for some time to have a systematic scientific focus on the subjective dimension of schizophrenia, but recently the interest in this model as an assessment and therapeutic tool has become significant in many parts of the country.

A deepened understanding of psychosis

In 1994, after many years of clinical work with psychotic disorders, especially schizophrenia, Møller started his research. This was motivated by the experience of understanding all too little about this enigmatic disorder and that the treatment offered was unsatisfactory and showed only modest results. In working with his doctoral dissertation: *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first-episode schizophrenia* (University of Oslo, 2000), he interviewed 20 young people who had just been through their first episode of schizophrenia, as well as their families and others in their surroundings. The goal was to get the broadest picture possible of what happened in the time before they became psychotic. He found some striking similarities in all patients, regarding how they experienced and described their own fundamentally disrupted identity experience: "There were some words and phrases that recurred in nearly all these patients," explains Møller. "It was all about questions like, who am I really, what am I, do I exist, and how should I understand the world and myself – which are quite fundamental existential questions, but with a strength that was absolutely devastating to their daily life and functioning".

"This investigation turned my view of psychosis upside down. I would say that I had no real understanding of psy-

av psykose på forhånd, og syns heller ikke at lærebøkene våre formidler noen forståelse,” utdyper Møller. Psykose defineres og diagnostiseres tradisjonelt ut fra symptomer som vrangforestillinger samt å høre stemmer eller se syn (hallusinasjoner). Et sentralt poeng for Møller er at disse symptomene egentlig er sekundære endestadier av mer grunnleggende og mye tidligere identitetsforstyrrelser (selvforstyrrelser) ja mer som tilleggsfenomener å regne. Han mener det bør være et mål for psykisk helsevern å hjelpe pasientene til å utforske og verbalisere det som er forutsetningen for selve den psykotiske tilstanden, nemlig den dype, ofte ordløse identitetsforstyrrelsen. Disse menneskene opplever en svekket subjektivitet, det vil si at de er dypt forvirret når det gjelder sin opplevelse av seg selv, sin status som et subjekt, og derfor også forholdet til verden omkring. De spør: “Er det jeg som tenker disse tankene mine? Er jeg meg selv? Er verden virkelig?”

Et unikt undersøkelsesinstrument

For å komme inn på kjernen av den psykotiske opplevelsen, er samtalen et umistelig verktøy. “Samtalen er vårt mikroskop,” uttaler Møller, “og for å bruke verktøyet riktig må bruken raffineres og stadig videreutvikles”. Samtidig som hjelpeapparatet benytter ny bildeteknologi, genteknologi, blodundersøkelser, medisiner og ulike samtaleterapi, må det ikke glemmes hvordan samtalen på en unik måte også kan bringe oss langt inn mot selve den forstyrrede opplevelsen som pasienten lever med hver eneste dag. En viktig forutsetning er da at samtalen gjennomføres på bestemte måter, av fagfolk med tilstrekkelig kunnskap både om de grunnleggende endrete erkjennelsesvilkår hos pasienten, og om hvordan det praktisk og emosjonelt er hensiktsmessig å nærme seg opplevelsene “for at pasienten skal greie, våge og ønske å snakke om så pass skremmende ting som dette er.”

Individualisert tilnærming, dialog basert på en aksepterende felles undring, samt god tid er viktige stikkord. Alle som arbeider innenfor psykologi og psykiatri anser det å snakke med pasientene som en viktig del av behandlingen, påpeker Møller. Men målsetningene i psykosefeltet er nok ofte – heller enn å forstå den enkeltes opplevelse – det å finne en riktig diagnose slik at man kan starte riktig

chosis in advance, and I do not think that our psychiatry textbooks communicated any understanding,” explains Møller. Psychosis has traditionally been defined and diagnosed based on symptoms such as delusions, as well as hearing voices or seeing visions (hallucinations). A key point for Møller is that these psychotic symptoms are actually advanced stages of the more fundamental and much earlier set of identity disturbances (self-disorders) – more as secondary phenomena. He believes a goal for mental health care should be to help the patients explore and verbalize the premise of the whole psychotic state, namely the deep and often non-verbal identity disruption. These people experience a weakened subjectivity, specifically they are confused when it comes to their perception of themselves (self-awareness), their status as a subject, and therefore also their relationship with the world around them: “Is it me who is thinking these thoughts? Am I myself? Is the world real? etc.”

A unique instrument for inquiry

To reach the goal of accessing the core issues of the psychotic experience together with the patient, conversation is an invaluable tool. “The conversation is our microscope,” says Møller, “and to use it correctly we must constantly refine it and develop it further.” While health services should always use new imaging technologies, genetics, blood tests, medications and various therapies, one must not forget how the skilled and indicated conversation can uniquely bring us a long way towards the disturbed experience itself, that the patients live with every day. An important requirement is that the conversation is carried out in certain ways, by professionals with adequate knowledge both about the fundamentally changed perceptive conditions the patient has, and also how it is practically and emotionally appropriate to approach these experiences “for the patients to manage, dare and want to talk about something as scary as this is.”

An individualized approach, dialogues based on exploring together in an accepting way, and enough time, are important keywords. “Naturally, everyone working within psychology and psychiatry view talking to patients as an important part of the treatment,” says Møller. But the goals in the field of psychosis are often – rather than understanding the individual’s experience – to find a proper diagnosis

medisinering, og spørsmålene vi stiller til pasientene er underlagt krav til objektivitet og reproducerbarhet. “Alle som arbeider i helsevesenet, med forskning eller klinisk arbeid, er forpliktet til å bruke godkjente diagnosemetoder, ofte bygget på såkalte strukturerte intervjuer. Man stiller her helt bestemte spørsmål og det forventes klare, entydige svar. ‘Føler du at fremmede krefter kontrollerer deg? Ja eller nei? Mener du at noen putter tanker inn i hodet ditt? Ja eller nei?’ Dette har sin verdi, med tanke på å sammenligne funn og behandling over landegrensene, og sikre at vi snakker samme språk. Men man kaster samtidig barnet ut med badevannet, nemlig selve den primært forstyrrede selvopplevelsen (svakket subjektivitet) som til daglig har en enorm innvirkning på et menneskes liv.”

Filosofisk forankring

Uforståelige utsagn fra pasienten må i denne forståelsesrammen tas på alvor og følges opp i detalj, for eksempel slik: “Fortell meg detaljert hvordan det er mulig for deg å mene at tankene blir puttet inn i hodet ditt. Det er i utgangspunktet helt uforståelig for meg. For meg er tanker verken konkrete, utbredt i rommet, eller kan puttes inn, flyttes eller finnes på et bestemt sted i hodet. Dette må du forklare.” De fleste pasienter vil derigjennom få en inngang til å fortelle om sine nye, uforståelige opplevelser og erfaringer på en måte som rydder i det indre landskapet, hjelper til en intellektuell og/eller følelsesmessig forståelse av hvordan dette har kunnet skje og til å langsomt gjenvinne mer orden i opplevelsen av seg selv, sin identitet og sin sykdom. Subjektiviteten, forstått som selv’ets eller jeg’ets “grunnstoff”, det som gjør oss til subjekter, er det som trues og forstyrres ved schizofreni. Spørsmål som kan fange opp slike opplevelser og erfaringer adekvat går på *hvordan* snarere enn *hvorfor*; Hvordan oppleves dette? Hvordan er det mulig å oppleve slikt? Slike spørsmål bringer oss nemlig inn på de sentrale forutsetningene for menneskelig opplevelse overhode. Det dreier seg om bevissthetens struktur og selv’ets grunnstoff.

Denne tilnærmingen bygger på fenomenologisk-psykiatrisk forskning og teori, som i dag har sterke bånd til moderne nevrovitenskap og bevissthetsforskning, sier Møller. I dette filosofiske tankegodset, særlig fra retninge-

so you can start the right medication, and the assessment questions posed to the patients are to follow the requirements of objectivity and reproducibility. “Everyone working in health care, be it research or clinical work, is obligated to use approved methods of diagnosis, often based on so-called structured interviews. The questions posed are very narrow and specified and the patients’ answers are expected to be clear and concise. ‘Do you feel that unknown forces control you? Yes or no? Do you believe someone put thoughts in your head? Yes or no?’ “This has value, in order to compare findings and treatments across national borders, and to ensure that we speak the same language. But it throws at the same time of the baby out with the bath water, namely, the primarily disturbed self-experience (weakened subjectivity) that has a huge impact on a person’s life.”

Philosophical foundations

Incomprehensible statements from the patient must in this frame of reference be taken seriously and followed up in detail, for example: “Tell me in detail how it is possible for you to say that thoughts are put into your head. It’s not comprehensible to me. For me, thoughts are neither concrete nor spatial, nor can they be added, moved, or found in any specific part of the brain. You really have to explain this more specifically to me.” By doing this, patients are given an opening to talk about their new and incomprehensible experiences in a way that clears the inner landscape, to help set up an intellectual and emotional understanding of how this could happen and to slowly regain more order in their self-experience, their identity and the disorder. Subjectivity, the self’s or the ego’s “building blocks”, which makes us subjects, is what is threatened and disrupted in schizophrenia. Questions that can capture these experiences adequately deal with *how* rather than *why*; How is this experienced? How is it possible to experience such things? Questions like these bring us essentially to the core premises for human experience in general. It has to do with the *structure* of consciousness and the essence of selfhood.

This approach is based on phenomenological psychiatric research and theory, which today has strong ties to modern neuroscience and on consciousness research, Møller says. In this philosophical mindset, especially from directions

ne fenomenologi og eksistensialisme, står de bevissthemessige betingelsene for erkjennelse og eksistens helt sentralt. I arbeidet med doktorgraden kom Møller i kontakt med kolleger fra Danmark og kontinentet forøvrig, og oppdaget en for det norske fagfeltet nokså ukjent tradisjon, med det subjektive og opplevelsesdimensjonen som utgangspunkt for forskningen. Han synes det er påfallende hvordan dette nærmest er fjernet fra den angloamerikanske psykiatritradisjonen, som har dominert i Norge, og som i langt større grad fokuserer på biologiske årsaksforklaringer, objektive kriterier og ytre, adferdsmessige karakteristika i diagnosefastsettelsen.

Fellestrekk i den menneskelige bevisstheten

Praksis og forskning fra bl.a Frankrike, Tyskland, Italia, og også Danmark og en del miljøer i England kan bekrefte de tendensene Møller har sett i sitt eget arbeid: pasientenes beskrivelser av og erfaringer med underliggende og før-psykotiske tilstander er påfallende like på tvers av alder, kjønn, landegrenser, kultur og kontekst etc. Møller forklarer dette med at den menneskelige bevissthet og subjektivitet fungerer etter visse felles mønstre – menneskene har noen grunnleggende felles måter å forstå seg selv i verden på. Det er disse “opplevelsesmåtene” som trues ved schizofreni, eller det Møller foretrekker å betegne som *selvførstyrrelser*, og det er her norsk og angloamerikansk psykologi og psykiatri etter hans oppfatning trenger å åpne opp sin fagtradisjon. “Filosofien kan i høy grad være med på å kaste lys over bevissthetens anatomi og fysiologi, og derigjennom gi oss verktøy til å hjelpe pasienten med å styrke sin egen identitet og de realistiske oppfatningene av verden,” sier Møller.

Sammen med en av de fremste på feltet i verden, professor Josef Parnas’ forskergruppe i København, publiserte Møller i 2005 en såkalt psykopatologisk manual (EASE), eller en samling av beskrivelser og definisjoner av en rekke typiske selvførstyrrelser (endret selvopplevelse) ved schizofreni-relaterte lidelser. I manualen beskrives disse opplevelsene detaljert, med pasienteksempler, forklaringer og definisjoner, og dessuten med muligheter til å måle det kvantitativt. “Vi har samlet og beskrevet en stor gruppe karakteristiske før-psykotiske kjernefenome-

such as phenomenology and existentialism, preconditions relating to consciousness are considered central for human understanding and existence. In working on his doctorate Møller came in contact with colleagues from Denmark and the continent at large, and discovered, for the Norwegian scientific psychiatric community a relatively unknown tradition, where the subjective and experience-oriented dimensions are the point of departure for investigations. He thinks it is striking how this is dismissed in the Anglo-American psychiatric tradition which has dominated Norwegian psychiatry and psychology, and which places much greater focus on biological explanations, objective criteria and external behavioral characteristics in determining diagnoses.

Common elements of the human consciousness

Clinical practice and research from France, Germany, Italy, as well as Denmark and some centers in England confirm the tendencies Møller has seen in his own work: the patients’ descriptions of and experience with the underlying and pre-psychoic conditions are strikingly similar across age, gender, national borders, culture and context, etc. Møller explains that human consciousness and subjectivity function according to certain common patterns – humans have some basic common ways to understand themselves in the world. It is these “modes of experience” that are threatened in schizophrenia, or what Møller prefers to describe as *self-disorders*, and it is here that Norwegian and Anglo-American psychology and psychiatry need to open up their scientific tradition, he believes.”Philosophy can greatly help shed light on the anatomy and physiology of consciousness, and thereby provide tools to help the patient strengthen his/her own identity and slowly regain more realistic perceptions of the world,” says Møller.

Together with one of the leading international researchers in this field, Professor Josef Parnas’ research group in Copenhagen, Møller published in 2005 a so-called psychopathological manual (EASE), a collection of descriptions and definitions of a number of typical self-disorders (altered self-experience) in schizophrenia-related disorders. The manual describes these experiences in detail, with patient examples, explanations and definitions, and with the possibility to measure them quantitatively. “We have collected

ner,” sier Møller. “De går igjen i rapportene fra en stor andel av schizofrenipasienter, definerer selvforstyrrelsen, og sier mye om hva som bør være sentrale terapeutiske tema. Disse kjernefenomenene kunne man kanskje kalle symptomer, men vi foretrekker betegnelsen selvforstyrrelser, bl.a. fordi opplevelsene er langt mer omfattende og omsegripende enn tradisjonelle symptomer.”

Møller arbeider for tiden – i nært samarbeid med prosjektet TOP (Tematisk Område Psykoser) på Oslo universitetssykehus og med PhD-student Elisabeth Haug ved Innlandet sykehus – med å teste hypotesene sine gjennom større kvantitative studier i Norge. Foreløpige funn tyder på at av disse selvforstyrrelsene – opplevelser av å miste seg selv, ikke vite sikkert hvor ens person begynner eller slutter, eller hva “seg selv” egentlig er – definerer og skiller godt mellom ulike typer av psykoser (schizofreni, bipolar psykose, andre psykoser), også på et tidlig stadium, til og med før psykosen bryter ut. Dette vil kunne bidra til å sette i gang mer målrettede behandlingstiltak tidlig, hvilket fagfeltet legger stor vekt på i dag. Jo tidligere man kan komme i åpen dialog om kjerneopplevelser, jo større er sjansen for at pasienten kan forstå, mestre og justere tolkningen og forståelsen av sine opplevelser, før forstyrrelsene i subjektiviteten “setter seg”, og psykosen blir mer fast organisert.

and described a large group of typical and basic pre-psychotic core phenomena,” says Møller. “They are found in the reports of a large proportion of schizophrenia patients, they define the self-disorders, and say a lot about what should be central therapeutic themes. We might call these core phenomena symptoms, but we prefer the term self-disorders, because the experiences are far more extensive and universal than the traditional symptoms.”

Møller is currently working – in cooperation with the Thematic Research Area Psychosis group at Oslo University Hospital and PhD-student Elisabeth Haug, Innlandet Hospital – to test his hypotheses through larger quantitative studies in Norway. Preliminary findings suggest that these self-disorders, the experiences of losing oneself, not knowing for sure where one as a person starts or ends, or what the “self” really means, defines and distinguishes quite well between different types of psychosis (schizophrenia, bipolar psychosis, other psychosis), also at an early stage, even before the onset of the psychotic outbreak. This could contribute to initiating more targeted treatments earlier, which the field emphasizes strongly today. The sooner professionals can start an open dialogue with the patients about core experiences, the greater is the chance that the patient can understand, cope and adjust his interpretations and understanding of their self-experience, before the subjectivity disturbances “get stuck”, and the psychosis more firmly organized.



10X

1

15

on

FLUO

X/1

C