

Epistemologi og psykiatriske diagnoser: nødvendigheten av en fenomenologisk forståelse av psykotisk bevissthet

Disiplinen psykopatologi har blitt skadelidende ved innføringen av operasjonelle diagnosesystemer. En fenomenologisk tilnærming til psykose kan gjøre tilstanden mer forståelig for klinikere og rettsapparatet.

TEKST

Erling Inge Kvig
Steinar Nilssen

PUBLISERT 5. september 2014

ABSTRACT:

Epistemology and Psychiatric Diagnosis: The Necessity of a Phenomenological Understanding of Psychotic Consciousness

Contemporary diagnostic manuals are based on «operationalism», and the assumption that objectivity and reliability can be assured by polythetic criteria and operational definitions of terms. However, as recently shown in the trial against terrorist Anders Behring Breivik, there is often considerable disagreement among professionals in the use of operationally defined terms. Using the concept of psychosis as an example, we argue that many psychopathological terms are impossible to define operationally. The phenomenological approach, first proposed by Karl Jaspers, is a necessary supplement to operational psychopathology. We describe the concept of psychosis and how it presupposes knowledge of phenomenology and prototypical cases. Finally we discuss how these epistemological issues affect the clinical interview. It is shown how a phenomenological approach can inform and supplement current approaches to clinical interviewing.

Keywords: epistemology, diagnosis, interview, phenomenology, psychopathology, psychosis, Karl Jaspers

EMNER

epistemologi

Diagnose

intervju

fenomenologi

Psykopatologi

Psykose

Karl Jaspers



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

Året 2013 markerte 100 årsjubileumet for filosofen og psykiateren Karl Jaspers' første utgave av «Allgemeine Psychopathologie, Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen» (Jaspers, 1913; 1963; 1997). Avhandlingen var et forsøk på å gi et filosofisk fundament for vitenskapelig psykiatri/psykologi, og er siden blitt stående som grunnkilden for deskriptiv psykopatologi (Stanghellini & Fuchs, 2013). Verket har hatt stor betydning i europeisk sammenheng (Broome, Harland, Owen & Stringaris, 2013; Huber, 2002; Janzarik, 1998). Jaspers tar til orde for at psykopatologien primært handler om fenomener og forstyrrelser i bevissthet, og sekundært om ekspressive uttrykk og atferd. Han fremholder videre at klinisk psykiatri og psykologi krever en metodepluralisme med både en forstående og en forklarende tilgang for å kunne gi en fullstendig beskrivelse av mentale forstyrrelser. Temaet epistemologi og problematisering av hvordan kunnskap om det «mentale objektet» kan etableres, var et

hovedtema i Jaspers' avhandling. Han advarte spesielt mot en ensidig insistering på en biologisk forklaring av mentale fenomener.

I de siste 30 årene har fagområdet klinisk psykiatri og psykologi imidlertid vært preget av en «operasjonell psykopatologi», der grunntankene fra Jaspers er fraværende. Operasjonalisme, importert fra fysikk og logisk positivisme, fremholder at psykiske lidelser bør klassifiseres ut fra «publicly ascertainable characteristics» for å sikre pålitelighet i målinger (Hempel, 1959). Sykdomsenhetene skal være polytetiske, det vil si defineres av et visst antall symptomer og tegn, og symptomene «standardiseres» i form av entydig definerte kontekstuavhengige, a-teoretiske atferdsbeskrivelser, uttrykt i et dagligdags språk.

«Man snakker ikke om psykose som tilstand, men om «psykotiske symptomer»»

Til tross for omfattende og intensive forskningsprogrammer som har generert mengder av data, har resultatene om de etiologiske mekanismer bak psykiske lidelser uteblitt (Parnas & Bovet, in press). I en kommentar til denne situasjonen skriver den amerikanske nestoren i psykiatri, Nancy Andreasen, at «Validity has been sacrificed to achieve reliability. DSM has given researchers a common nomenclature, but probably a wrong one» (Andreasen, 2007, s. 111). Hun skriver videre at det i dagens utdanning fokuseres sterkt på standardiserte og eksplisitte diagnoserelevante fenomener, på bekostning av kritisk drøfting av de rikholdige og prototypiske sykdomsbildene man finner i den klassiske litteraturen fra Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Karl Jaspers, Kurt Schneider, Pierre Janet, Eugène Minkowski med fler.

I denne artikkelen vil vi først ved hjelp av Breiviksaken vise ulike problemer med operasjonell psykopatologi. Deretter vil vi presentere tilnærmingen fenomenologisk psykopatologi med begreper fra Karl Jaspers. Til sist vil vi peke på hvordan en fenomenologisk tilnærming kan benyttes i det kliniske intervju.

Det operasjonelle psykosebegrepet og Breiviksaken

Begrensningene ved operasjonell psykopatologi kom tydelig frem under Breiviksaken. De «operasjonelle drøftinger» som ble ført, dokumentert i dommen til Oslo tingrett, tydeliggjør hvordan en kriteriebasert tilnærming til psykosebegrepet er meningsløs uten at man også har grundig kjennskap til den fenomenologiske psykopatologien.

Breiviksaken

Dommen fra Oslo tingrett refererer erklæringen til de sakkyndige Husby og Sørheims syn på tiltaltes vrangforestillinger: Han er leder for en organisasjon som heter Knights Templar. Denne organisasjonen har et mandat og gir han slik ansvar for å bestemme hvem som skal leve og dø i Norge. Han er en pioner i en europeisk borgerkrig, og kan slik sammenlignes med krigshelter som Tsar Nicholas og Dronning Isabella. Han ser

seg selv som en fremtidig regent i Norge, og han vil da ta navnet Sigurd Korsfareren II. I kraft av sin fremstående rolle kan han få ansvar for å deportere flere hundre tusen muslimer til Afrika. Han mener det foregår etnisk rensing i Norge, og han lever i frykt for å bli drept. Hendelsene han er en del av, vil dessuten kunne utløse en kjernefysisk tredje verdenskrig. Han har også skrevet at han arbeider med planer for hvordan den norsketniske genetiske poolen skal forbedres, blant annet gjennom etablering av reservater for urfolket nordmenn, DNA-testing og massefabrikker for fødsler. Han mener også at den nåværende regent vil bli revolusjonært fjernet i 2020, og etter dette vil det bli foretatt DNA-testing av levningene til Olav den hellige eller Harald Hardråde for å finne den personen i det norske folket som har størst genetisk likhet med disse, som skal innsettes som ny regent (Oslo Tingrett, 2012, s. 50–51, noe forkortet).

Som kjent hadde de to sakkyndige rapportene svært ulike fortolkninger av det presenterte «tankesystemet» og konkluderte ulikt på spørsmålet om psykose (Sørheim & Husby, 2011; Tørrisen & Aspaas, 2012). Disse erklæringene, sammen med uttalelser fra flere «sakkyndige» vitner under rettssaken, dannet utgangspunktet for de omfattende drøftingene av operasjonelle kriterier som er dokumentert i dommen fra Oslo tingrett. Definisjonen på psykose fra de sakkyndige Tørrisen og Aspaas' erklæring ble sitert slik i dommen: «Med psykose forstås en tilstand hvor det foreligger sviktende, feilaktig eller bristende, oppfatning eller tolkning av virkeligheten. De sentrale symptomer på psykose er hallusinasjoner, vrangforestillinger og forstyrrende tankeprosesser, betegnet som formelle tenkningsforstyrrelser » (Oslo Tingrett, 2012, s. 49). Dette operasjonelle psykosebegrepet anvendes i de to store klassifikasjonssystemene, «International Classification of Diseases» (World Health Organization, 1992) og «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (American Psychiatric Association, 2013).

Det operasjonelle psykosebegrepet

Operasjonell psykopatologi inneholder ingen teoretisk eller begrepsmessig avklaring av psykose. Isteden beskriver disse systemene psykose ved å stille opp en rekke «ostensive indikatorer», eller eksempler på fenomener man typisk finner ved psykose. Som definisjonen ovenfor nevner, er de «sentrale symptomene» på psykose hallusinasjoner, vrangforestillinger, desorganisert språk (alvorlige tankeforstyrrelser), og desorganisert eller kataton atferd. Psykotisk brukes altså som en beskrivende term. Man snakker ikke om psykose som tilstand, men om «psykotiske symptomer». I operasjonell psykopatologi blir hver sykdomsenhet definert på grunnlag av konstellasjoner av polytetiske og operasjonelt definerte symptomer og tegn («kriterier»). At sykdomsenhetene er polytetiske, innebærer at hver klasse defineres av et spesifikt antall symptomer og tegn som vektles like mye, og en person tilhører klassen dersom han/hun tilfredsstillende tilstrekkelige antall enkelttrekk. Operasjonell utforming av enkeltkriteriene skal sikre at de er entydige og ikke overlapper. Operasjonalismen skulle opprinnelig sørge for at det var en objektiv forbindelse mellom et begrep og dets motstykke i naturen (Bridgman, 1927; Hempel, 1959). Et eksempel er den såkalte «scratch test» som sier at X er hardere enn Y fordi X kan skrape Ys overflate, men ikke omvendt (Hempel, 1959). En slik presisjon i definisjoner er ikke praktisk mulig for de

diagnostiske kriteriene, men under påvirkning av en behavioristisk tilnærming har man i den operasjonelle psykopatologien valgt å standardisere symptomene ved å uttrykke dem som kontekstuavhengige, a-teoretiske atferdsbeskrivelser, uttrykt i dagligdags språk.

**«Breiviksaken viste tydelig at
anvendelsen av kriterier som
går på det konkrete innholdet i
forestillinger, er vanskelige.
Hvordan man forstår
konteksten et utsagn fremsettes
i, er avgjørende for tolkningen»**

Breiviks «tankesystem»

Under Breiviksaken sto definisjonen av vrangforestillinger sentralt. Vrangforestillingen betraktes ofte som det paradigmatisk «psykotiske symptom», og i både ICD og DSM defineres vrangforestillinger operasjonelt som «feilaktige overbevisninger eller slutninger». Definisjonen bygger på en tradisjonell fortolkning av Karl Jaspers' kjente triade av kjennetegn ved vrangforestillinger: 1) subjektiv sikkerhet; 2) ukorrigerbarhet; og 3) innholdets umulighet/feilaktighet (Jaspers, 1963, s. 95–96). I ICD-10 har man forsøkt å operasjonalisere Jaspers' kriterium «innholdets umulighet/falskhets» ytterligere med formuleringen: «vedvarende vrangforestillinger som er kulturelt upassende og fullstendig umulige» (kriterium d). Store deler av de operasjonelle drøftingene som ble ført i Oslo tingrett, handlet om utsagnene til Breivik og innholdet i hans «tankesystem» kunne betraktes som «kulturelt upassende og fullstendig umulige», eller ikke.

De første sakkyndige finner at de operasjonelle kriterier for schizofreni er til stede, mens de andre sakkyndige normaliserer Breiviks utsagn til å være en del av en høyreekstremistisk subkultur.

TABELL 1: Vrangforestillinger eller ideologi?

FENOMEN/OPPLEVELSE

FØRSTE ERKLÆRING

ANDRE ERKLÆRING / OSLO TINGRETT

| FENOMEN/OPPLEVELSE | FØRSTE ERKLÆRING | ANDRE ERKLÆRING / OSLO TINGRETT |
|--|---|--|
| Han er medlem av et høyreekstremt nettverk, Knights Templar, som er en militant organisasjon og jobber for å deportere muslimer. | Han har grandiose vrangforestillinger om å være kommandør i et ikke-eksisterende internasjonelt nettverk. Han er overbevist om at han gjennom hevd er gitt mandat til å bestemme hvem som skal leve og dø. | Han har en fanatisk og høyreekstrem verdensanskuelse. Hans utsagn er en slags programerklæring, og han mener drap er nødvendige for å nå politiske målsettinger. Han har høye tanker om seg selv, og kan lide av pseudologia fantastica. |
| Det foregår en borgerkrig, med etnisk rensning av europeisk urfolk, han frykter for sitt liv og tredje verdenskrig. | Han har paranoide og bisarre vrangforestillinger om etnisk rensning i Norge, og han lever i frykt for å bli drept. Han er en pioner i en borgerkrig, som vil føre til at nåværende regent vil bli revolusjonært fjernet, og erstattet av han selv. Den genetiske poolen i Norge skal forbedres gjennom DNA-testing og andre tiltak. | Hans språkbruk er preget av høyreekstrem og islamfiendtlig subkultur. Det er vanlig i slike kulturer å bruke ord som krig og borgerkrig i overført betydning. |
| Han kan vite hva andre mennesker tenker. | Han har «perseptuelle vrangforestillinger». | Han er en menneskekjenner. Han er kategorisk i sin tenkning. Han skryter av seg selv. |

Vrangforestillingers innhold og form

Brevivksaken viste tydelig at anvendelsen av kriterier som går på det konkrete innholdet i forestillinger, er vanskelige. Hvordan man forstår konteksten et utsagn fremsettes i, er avgjørende for tolkningen (Heinimaa, 2001; Parnas, Nordgaard & Varga, 2010). Dette var også Karl Jaspers oppmerksom på, og han fremholder i sin bok at triaden med subjektiv overbevisning, ukorrigerbarhet og umulighet/falskhet kun er et ytre sett av indikatorer som kan antyde vrangforestilling, men de sier ingen ting om den essensielle forskjellen fra andre typer oppfatninger: «To say simply that a delusion is a mistaken idea which is firmly held by the patient and which cannot be corrected, gives only a superficial and incorrect answer to the problem» (Jaspers, 1963, s. 93). Jaspers' løsning innebærer en dreining av fokus fra det konkrete innholdet i pasienters «tanke-system», og mot de formelle endringene i bevisstheten hos pasienten

Jaspers' begrep om opplevelsformer er nær knyttet til hans sterke betoning av forståelse i psykopatologi (Walker, 1991). Forståelse kan enten være statisk eller genetisk (Jaspers, 1968). Den statiske forståelsen innebærer en empatisk innlevelse i den andres

mentale tilstand ut fra informasjon om situasjonen her og nå. For eksempel kan vi leve oss inn i pasientens triste stemning med dens ulike opplevelsesmessige kvaliteter, uten å vurdere hva som forårsaket stemningen, eller eventuelle følger av den. Med genetisk forståelse mener Jaspers' innlevelse i en prosess, det vil si hvordan en mental tilstand a fører til tilstand b, og så videre til c. For eksempel kan en pasients triste stemning være psykologisk forståelig som følge av å ha mistet en nær venn. Gjennom anvendelse av denne fenomenologiske metoden kommer Jaspers fram til at det er fremtredelsesformen for vrangforestillinger som er avgjørende. Han skiller mellom vrangforestillinger som oppstår på en forståelig måte ut fra kontekst, personlighet, affektiv tilstand eller andre psykopatologiske fenomener, og forestillinger der det ikke er mulig å spore slike meningsfulle forbindelser. Han kaller disse henholdsvis vrangaktige ideer og ekte vrangforestillinger. Det essensielle ved ekte vrangforestillinger er ifølge Jaspers (1963) to forhold: (1) det er en primær opplevelse, der vrangmening oppstår direkte, umiddelbart og uten refleksjon. Meningen oppstår gjennom en påtrengende og overveldende primær opplevelse, og ikke gjennom nøye observasjoner og refleksjoner. Et eksempel er «vrangpersepsjon» der en pasient kan observere en hund på gaten som løfter labben sin, og umiddelbart vet at verdens undergang er nær; og (2) opplevelsen innebærer en fundamental psykisk forandring og transformasjon av pasientens verdensbilde og eksistensform. For Jaspers var psykosen særlig kjennetegnet ved en slik fundamental psykisk forandring.

For å identifisere psykose eller vrangforestilling hos en pasient kreves det ifølge Jaspers en helt spesiell tilnærming – en fenomenologisk tilnærming. Vurderingen må i hovedsak basere seg på opplevelsens form, der blant annet fremtredelsesformen, tilgjengelighet for innlevelse, og måten det argumenteres på, er av vesentlig betydning. Det bør nevnes at i Breiviksaken hadde Oslo tingrett selvfølgelig ikke den nødvendige kompetanse for å vurdere slike psykopatologiske aspekter. Før vi kan komme nærmere inn på denne fenomenologiske tilnærmingen, må imidlertid grunnlaget for det moderne fenomenologiske psykosebegrepet avklares.

Det fenomenologiske psykosebegrepet

Begrepet psykose har hatt ulik betydning gjennom historien. Den nåværende bruken av begrepet, om visse psykologiske forstyrrelser som antas å ha biologiske årsaker, ble etablert rundt 1850 (Burgy, 2008). Begrepet ble etter dette brukt som et generisk begrep for en hel klasse av sykdomsenheter der det sentrale kjennetegnet er at de medfører fundamentale forandringer i bevissthet (Berrios, 2010). Hos Jaspers (1963) er det denne generiske betydningen av begrepet som brukes, hvor en fundamental psykisk forandring, som nevnt, er det sentrale. Fenomenologer etter Jaspers har forsøkt å klargjøre hva denne forandringen består i (Conrad, 1958/2006; Parnas, 2013; Sass, 1992). Sentralt i forståelsen er avklaring av begreper som rasjonalitet, virkelighet, og den viktige distinksjonen Karl Jaspers gjør mellom umiddelbar realitetsbevissthet og realitetstesting (Jaspers, 1963, s. 94–95).

Radikal irrasjonalitet

Begrepet psykose er nær knyttet til eldre begreper om «galskap», «sinnsykdom» «mani» og «katatoni». Slike tilstander er preget av en «radikal irrasjonalitet», i betydningen av at forståelsen av verden og virkeligheten er markant løsrevet fra det intersubjektivt adekvate, akseptable og valide (Parnas, 2013). Det er viktig å merke seg at med irrasjonalitet mener man her ikke bare den som kan uttrykkes språklig, som i vrangforestillingen eller de rapporterte hallusinasjonene, men man inndrar også ytre atferd og ekspressivitet som for eksempel «psykotisk» atferd, affektavflatingen og forstyrret kommunikasjon. En fenomenologisk forståelse av psykose søker å forklare hvorfor også slike tilstander av «implisitt irrasjonalitet» betraktes som psykotiske, og befatter seg slik med flere dimensjoner av menneskelig eksistens.

Utgangspunktet for det fenomenologiske psykosebegrepet oppsummeres slik av den danske fenomenologen og psykiateren Josef Parnas: «psykose er en tilstand hvor innholdet og strukturen i pasientens opplevelser, følelser, tanker eller atferd er så markant endret i forhold til det intersubjektivt (sosialt) forståelige, at pasienten må betraktes som levende i en helt privat subjektiv verden, umiddelbart uforståelig for andre» (Parnas & Glenhøy, 2009, s. 33).

Virkelighet i fenomenologisk forstand

I fenomenologi forstås «verden» eller «virkeligheten», som livsverden, altså det system av mening som fremtrer for oss med symbolske, språklige, sosiale og kulturelle aspekter (Zahavi, 2007). Den virkeligheten mennesker forholder seg til, er ikke kun den ytre eller materielle verden av objekter og ting, men også den intersubjektive verden vi deler med andre. Den verden og virkelighet mennesker forholder seg til, er alltid sosialt modulert. Begrepet «common sense» er viktig i denne sammenhengen. Svekket rasjonalitet som beskrevet ovenfor viser seg ikke først og fremst i den teoretiske og logiske rasjonalitet, men snarere som svikt i den praktiske eller «common sense» rasjonalitet. Vår livsverden rommer en rekke usagte forutsetninger, en slags «logic of the world», som gjør oss i stand til å orientere oss i verden på en dynamisk og fleksibel måte (Parnas, 2013). Grepet om «common sense» er ofte svekket eller ufullstendig ved schizofren psykose (Blankenburg, 1971).

Umiddelbar realitetsbevissthet

Vår dagligdagse måte å forholde oss til virkeligheten og verden på er preget av en direkte, automatisk og umiddelbar «realitetsbevissthet» (Ratcliffe, 2008). Vi har normalt en følelse av eksistens i en felles verden. Vi går ikke rundt og vurderer om det vi opplever, tenker eller føler, faktisk er virkelig, eller om det vi ser, berører eller fornemmer, faktisk eksisterer. Vårt umiddelbare forhold til verden og virkeligheten er preget av en «grunnleggende tillit», og vi «føler» at verden eksisterer som en bakenforliggende og taus referanseramme. Denne referanserammen opplever vi også som felles og konsensuell med andre mennesker: «We generally take for granted that others share this same modal space with us and that they are able to encounter things in the same way as we do» (Ratcliffe, 2008, s. 480). Intakt realitetsbevissthet er dermed nær knyttet til intakt praktisk rasjonalitet og «common sense». Vellykket samhandling

og kommunikasjon med andre mennesker fordrer en felles sans for hva som er adekvat, relevant, valid og logisk.

«For å identifisere psykose eller vrangforestilling hos en pasient kreves det ifølge Jaspers en helt spesiell tilnærming – en fenomenologisk tilnærming»

Den umiddelbare realitetsbevisstheten kan forstyrres ved en rekke former for perseptuelle, kognitive, emosjonelle og kroppslige opplevelsesforstyrrelser (Parnas, Nordgaard & Varga, 2008). En form for forstyrrelse er den typen vi ser ved schizofreni. I den Husserl-inspirerte fenomenologien har man karakterisert den schizofrene sårbarhet som knyttet til endringer i bevissthetens grunnleggende strukturer: selvbevissthet, intensjonalitet og intersubjektivitet (Parnas & Zahavi, 2002). Ved slike tilstander er det typisk at personen kan bli usikker på sin egen identitet («jeg har ingen indre kjerne»), egne tanker («tankene er blitt anonyme»), eller har en følelse av sentralitet og innsikt i andre realitetsdimensjoner (løsrevet den konsensuelle oppfatning). Slike subkliniske endringer i opplevelsenes infrastruktur utgjør en økt risiko for en progresjon til en psykotisk tilstand. Sjekklisten Examination of Anomalous Self-Experience (EASE), utviklet blant annet av den norske psykiateren Paul Møller, tar sikte på en nøye kartlegging av slike forstyrrelser, særlig forstyrrelser i selvbevissthet som antas å være sentrale ved schizofreni (Parnas, Møller, Kircher, Thalbitzer, Jansson, Handest & Zahavi, 2005).

Realitetstesting

I tillegg til den umiddelbare realitetsbevisstheten kan vi forholde oss til verden på en mer eksplisitt og reflekterende måte (Parnas, 2013). I tilfeller der virkelighetsstatusen til våre opplevelser er usikker, mobiliserer vi en mer kritisk og undersøkende holdning, som involverer evnen til selvobservasjon og refleksjon, forsøk på å undersøke opplevelser fra ulike perspektiver, eller vi tenker over vår egen tenkning. Ved å innta en mer distansert holdning til vårt eget sinn er vi i stand til å vurdere virkelighetspreget ved egne opplevelser, tanker, følelser og atferd, og deretter eventuelt korrigere og nyansere vår virkelighetsoppfatning. En slik kritisk og undersøkende holdning til ens egen virkelighetsoppfatning er ofte markant svekket eller utilstrekkelig dersom den grunnleggende realitetsbevisstheten er forstyrret. For eksempel kan en fundamental usikkerhet om tankenes «minhet» etter hvert føre til forestillinger om at tanker settes inn i hodet mitt av en ytre kraft (tankeinnsetting), eller at det er noe/noen som snakker til meg inni hodet mitt (hallusinasjoner). Forholdet mellom forstyrret realitetssans og svekket virkelighetsoppfatninger er på ingen måter lineært, og ofte finner man såkalt «dobbel bokholderi» (Bleuler, 1911/1950), hvor samme pasient betrakter noen opplevelser som syke («Jeg får tulltanker i hodet hele tiden, men vet jo at det er

oppspinn og ikke sant»), men fastholder realiteten til andre («Men jeg vet også at de tar opp alle tulltankene, og kommer til å bruke dem mot meg»).

Psykose som gestalt

Psykosebegrepet slik det fremstår operasjonelt definert, er problematisk i klinisk og forskningsmessig bruk hvis det ikke også bygger på en fenomenologisk basert tilnærming som ivaretar den gestaltkvalitet som psykose har. Med «gestalt» menes her den indre sammenhengen mellom et bestemt innhold, opplevelseshet og bevissthetsstrukturer. I møtet med det som umiddelbart kan oppleves uforståelig, må klinikerer spørre seg om denne type innhold er avhengig av en endret opplevelseshet. Psykose innebærer ifølge Jaspers også en fundamental psykisk forandring, og en psykosediagnose må derfor i tillegg basere seg på en vurdering av om personen har en grunnleggende forstyrret realitetsbevissthet, det vil si har en personlig og privat referanseramme, som medfører svekket realitetstesting. Det fenomenologiske psykosebegrepet klargjør hvilke premisser, eller implisitte konstituerende bevissthetsstrukturer, som er til stede ved forstyrret realitetsbevissthet. Den fenomenologiske strukturen ved schizofren psykose som en spesifikk forstyrrelse i selvbevissthet, intensjonalitet og intersubjektivitet er nøye beskrevet i den Husserl-inspirerte fenomenologien. Sannsynligvis kan andre prototypiske psykoser knyttes til andre fenomenologiske strukturer (Parnas, Bovet & Zahavi, 2002; Sass & Parnas, 2003).

Det kliniske intervjuet

I det følgende vil vi illustrere bruken av det fenomenologisk orienterte intervju, og sette dette i kontrast til det operasjonelle psykosebegrepet slik det kommer til uttrykk i det såkalte strukturerte diagnostiske intervju.

Det strukturerte diagnostiske intervju

Et strukturert diagnostisk intervju har vanligvis forutbestemte spørsmålsstillinger, presentert i en bestemt rekkefølge, der diagnostisk informasjon kommer fra pasientens responser og de observasjoner intervjueren gjør under intervjuet. Fremveksten av denne typen intervju kom særlig i kjølvannet av DSM-III. Selv om DSM-manualene, senere også ICDmanualene, definerer operasjonelle kriterier tydelig, beskrives det ikke spesifikke metoder eller «operasjoner» for å bestemme om et kriterium er oppfylt eller ikke (Parnas & Bovet, in press). De strukturerte diagnostiske intervjuene ble utviklet for å operasjonalisere de diagnostiske kriteriene ytterligere, og redusere uønsket diagnostisk variabilitet i anvendelsen av kriteriene (Nordgaard, Revsbech, Sæbye & Parnas, 2012). En implisitt antakelse i bruken av strukturerte diagnostiske intervjuer er at symptomer, på samme måte som romlige tredimensjonale ting, så å si eksisterer som mentale objekter pasienten har umiddelbar tilgang til og kan formidle klart og tydelig ved utspørring. Som sådan kan derfor symptomer og tegn behandles på samme måte som andre romlige ting, i et tredjepersons perspektiv, og som et kontekstuaavhengig målbart objekt. En slik forståelse er problematisk ut fra et epistemologisk perspektiv. Fenomenologisk er symptomer og tegn aspekter ved bevissthet, og inngår i en

bevissthetsstrøm med meningsfulle relasjoner til andre bevissthetslementer. Når man i et klinisk intervju fokuserer på ett element i denne bevissthetsstrømmen, er det en abstraksjon, og må behandles som sådan. Et symptom er kun forståelig ut fra helheten det manifesteres i, det vil si andre bevissthetslementer som følelser, uttrykk, oppfatninger og handlinger, samt den biografiske konteksten til pasienten (Nordgaard, Sass & Parnas, 2012).

Gestaltbegrepet og det kliniske diagnostiske intervjuet

Begrepet gestalt beskriver kliniske sykdomsbilder som helheter, og hjelper slik klinikere til å se sammenhenger og hvordan ulike kliniske fenomener er uttrykk for en bestemt organisering, en gestalt. I et klinisk intervju kan det, for å kunne få frem hele bildet, være viktig å tillate slike gestalter å manifestere seg fullt ut gjennom å la samtalen fortsette uten avbrudd eller temaskifter. Dette er avhengig av at intervjueren, gjennom opplæring og erfaring, har utviklet nyanserte prototyper. Kvalifisert trening i psykopatologi innebærer ideelt studier av klassiske kilder, klinisk erfaring med typiske tilfeller, samt deltakelse i disiplinert, kritisk refleksjon med fagfeller (Parnas, 2013). I strukturerte diagnostiske intervjuer blir den naturlige tendensen til typifisering og å oppfatte gestalter eliminert eller svært begrenset av den struktureringen som pålegges. Konsekvensen kan være at diagnostiske prosesser kun handler om symptomtelling av atomistiske, tingliggjorte enheter, som i liten grad gjenspeiler den mentale realitet til pasienten, og slik implisitt forvrenger realitetene til å passe inn i et predefinert skjema.

Det kliniske intervjuet - en felles gjensidig interaktiv undersøkelse

En klinisk utforsking av pasientens bevissthetsliv innebærer to typer reduksjoner (Stanghellini, 2013). For det første skal pasienten fortolke seg selv, det vil si finne et verbalt korrelat, de riktige ordene eller metaforen, for et gitt bevissthetsfenomen som selv inngår i en kontinuerlig og udelt bevissthetsstrøm. Utgangspunktet for symptomer er sannsynligvis nevrobiologiske signaler som kan være forårsaket av en forstyrrelse i hjernen eller forandringer i hjerneprosesser på grunn av ytre påvirkning/stress (Markova & Berrios, 2009; 2012). Denne primære artikuleringen kan kalles nivået for grunnsymptomene (Bleuler, 1911/1950); kjernegestalten (Henriksen & Parnas, 2012) eller det transfenotypiske for lidelsen (Parnas & Glenthøy, 2009). En sekundær artikulering, eller tematisering, foregår når pasienten fortolker seg selv, og i det kliniske intervjuet gir uttrykk for en bestemt selvforståelse ved å bruke tilgjengelige språklige kategorier, som dessuten er farget av mer personlige eller biografiske forhold. Den andre reduksjonen skjer i møtet med klinikerens, som må fortolke meningen i pasientens utsagn, ved først å spørre seg selv «hva mener pasienten med dette», og i neste omgang bruke spørsmål, omformuleringer, be om eksempler, i en gjensidig interaktiv undersøkelse av pasientens bevissthetsliv. Ut fra denne intersubjektive «forhandlingen om mening» kan visse gjentakende konstellasjoner, meningsfulle helheter eller gestalter, fremtre og identifiseres som et gjenkjennelig symptom eller tegn. Denne formen for tilnærming kalles gjerne en andrepersons tilnærming til det kliniske intervjuet (Stanghellini, 2013).

Fenomenologisk psykoseforståelse og det samtalebaserte diagnostiske intervju

Fenomenologiske psykopatologer etter Jaspers har moderert hans syn på psykosen og vrangforestillingen som uforståelige (Parnas & Sass, 2008). Psykosen, særlig hos pasienter med schizofreni, er nok på grensen til det uinnlevelige, men den gestaltpsykologiske og fenomenologiske referanserammen gjør den i større grad tilgjengelig for en psykologisk forståelse (Parnas, 2004; 2011; Parnas & Bovet, 1991). Det er særlig fenomenologisk forskning på prepsykotiske (premorbide og prodromale) opplevelsformer som har gjort psykosen mer forståelig (Møller & Husby, 2000; Parnas, Jansson, Sass & Handest, 1998). Denne fenomenologiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at normal bevissthet har en bestemt struktur, en opplevelsesmessig infrastruktur, som involverer bestemte former for selvbevissthet, intensjonalitet, intersubjektivitet, temporalitet og kroppslighet. Ved å anlegge en fenomenologisk holdning kan symptomer og tegn ved psykose anskues som fundamentale forandringer i disse strukturene (Parnas, 2012). For eksempel kan en prepsykotisk opplevelse av at «tanker ikke lenger er private», forstås som et uttrykk for en gjennomgripende strukturell forandring i selvbevissthet, der de naturlige grensene mellom «meg» og «ikke meg» er sviktende. Pasienten kan føle seg åpen, gjennomsiktig og utsatt overfor andre mennesker (Parnas et al., 2005). I psykosen aksentueres slike subkliniske opplevelser, og den psykotiske vrangforestillingen kan forstås som en tematisering av slike subkliniske og elementære opplevelser (for eksempel tankekringkasting der «tanker diffunderer ut av hodet mitt»).

«Psykosebegrepet slik det fremstår operasjonelt definert, er problematisk i klinisk og forskningsmessig bruk hvis det ikke også bygger på en fenomenologisk basert tilnærming som ivaretar den gestalkvalitet som psykose har»

Ved å innta en fenomenologisk holdning i det kliniske diagnostiske intervjuet kan vi bedre forstå den forandring i opplevelsesmåte som kjennetegner psykotisk bevissthet. Et samtalebasert fenomenologisk orientert intervju har vist seg best egnet til å få fram slike fenomener (Nordgaard et al., 2012). I denne typen intervju vektlegges det en samtalebasert og fri form som er tilpasset situasjonen, der det tas utgangspunkt i intervjupersonens historie som bygges ut gjennom eksplorerende spørsmål for å undersøke mer spesifikke psykopatologiske fenomener. Intervjupersonen oppfordres til å snakke fritt, blir sjelden avbrutt, og gis god tid til refleksjon og erindring. Klinikeren er i et slikt intervju ikke bare interessert i hva som sies, det konkrete innholdet, men også i opplevelsformen. For å kunne identifiseres det Jaspers kalte ekte vrangforestillinger, er det særlig viktig å være oppmerksom på hvordan pasienten argumenterer for

forestillingens gyldighet i intervjusituasjonen. For å undersøke om argumentasjonsmåten tyder på en svekket grunnleggende realitetsbevissthet, må klinikeren ofte «gå etter» mer eller mindre vage utsagn, og det er ofte en bestemt gestaltkvalitet på bakgrunn av hvordan ulike oppfatninger knyttes sammen, pasientens generelle holdning til eget bevissthetsinnhold og posisjon i forhold til «common sense», som kan indikere en grunnleggende svekket realitetsbevissthet (Parnas, 2013). Innhold, opplevelsesmåte og måte å argumentere på fremstår som en velkjent gestalt for klinikere som har kjennskap til de distinkte og spesifikke fenomenologiske strukturene for de ulike prototypiske psykotiske forstyrrelsene. En psykosediagnose må alltid underbygges med sine premisser gjennom en nøye beskrivelse av den psykotiske bevisstheten (Parnas, 2008).

Oppsummering

I fagfeltet klinisk psykologi og psykiatri er det behov for mer refleksjon omkring det epistemologiske fundamentet for vår kunnskap om bevissthet, og hva som er adekvate metoder for å undersøke og beskrive bevissthetsfenomener ved mentale forstyrrelser. Breiviksaken illustrerte hvordan bruk av operasjonell og kriteriebasert psykopatologi, uten et slikt fundament, fører til uendelige operasjonelle drøftinger. Karl Jaspers' generelle psykopatologi og de begrepene som er utviklet innenfor fenomenologisk psykopatologi, kan komplementere ICD- og DSM-systemene med sin metodepluralisme og en epistemologi som er tilpasset «det psykiatriske objekt» (Marková & Berrios, 2012). Dette har viktige konsekvenser for tilnærmingen til det kliniske diagnostiske intervjuet. Bruk av strukturerte intervjuer er svært problematisk dersom den strukturen som pålegges, hindrer at den indre sammenhengen mellom bevissthetsstrukturer, opplevelsesformer og innholdet får manifestere seg fullt ut. Ut fra slike hensyn anbefales det heller et samtalebasert og fenomenologisk orientert intervju, gjerne med støtte i en indre «sjekklister» fra SCID, SCAN eller den klassiske psykisk status presens, som sørger for at man dekker viktige områder for diagnostisering. Slike intervjuer bør gjennomføres av klinikere med kvalifisert trening i psykopatologi. Det er på tide å gjenoppdage Karl Jaspers og slik styrke fagfeltets akademiske forankring.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 9, 2014, side 729-737

TEKST

Erling Inge Kvig, Nordlandssykehuset HF, Psykisk helse og rusklinikken, Enhet for nysyke med psykoseUniversitetet i Tromsø

Steinar Nilssen, Helgelandssykehuset, Psykiatrisk senter, Mo i Rana

KONTAKT: eik@nlsh.no

+ **Vis referanser**

Referanser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: (5. utg). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108-112.
- Bridgman, P.W. (1927). *The Logic of Modern Physics*. New York, NY: Macmillan.
- Broome, M. R., Harland, R., Owen, G. S. & Stringaris, A. (red.). (2012). *The Maudsley Reader in Phenomenological Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Burgy, M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1200-1210.
- Berrios, G. E. (2010). *The History of Mental Symptoms*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke
- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias*. (Oversettelse J. Zinkin) New York, NY: International Universities Press. (Opprinnelig publisert 1911).
- Bovet, P., & Parnas, J. (1993). Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 579-597.
- Conrad, K. (2006). *Den begyndende skizofreni: forsøg på en gestaltanalyse af psykosen*. (Oversettelse P. Handest, L. Jansson, M. Handest.) København: Munksgaard Danmark. (Opprinnelig publisert 1958).
- Heinimaa, M. (2001). Incomprehensibility: the role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions. *Medicine Health Care and Philosophy*, 5, 291-295.
- Hempel, C.G. (1959). Introduction to problems of taxonomy. Paper presented at the Work Conference on Problems in Field Studies in the Mental Disorders, New York City, February 15-19, 1959. I Zubin, J. (red) (1961). *Field studies in the Mental Disorders* (s. 3-50). New York, NY: Grune & Stratton.
- Henriksen, M. G., & Parnas, J. (2012). Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 657-660.
- Huber, G. (2002). The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 3, 50-57.
- Janzarik, W. (1998). Jaspers, Kurt Schneider and the Heidelberg school of psychiatry. *History of Psychiatry*, 9, 241-252.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie, Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen* (1. utg). Berlin: Springer.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology* (7. utg.). (Oversettelse J. Hoenig, M.W. Hamilton). Chicago, IL: Manchester University Press.
- Jaspers, K. (1968). The Phenomenological Approach to Psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1313-1323.
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology* (7. utg.). (Oversettelse J. Hoenig, M. W. Hamilton). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (2009). Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology*, 42, 343-349.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45, 220-227.
- Møller, P., & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-232.
- Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., & Parnas, J. (2012). Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a firstadmission hospital sample. *World Psychiatry*, 11, 181-185.

- Nordgaard, J., Sass, L. A., & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 353-364.
- Oslo Tingrett (2012). Dom. 22.juli-saken. Nedlastet 6. mai, 2014 fra www.domstol.no/upload/DA/Internett/domstol.no/Aktuelt/2012/toslo-2011-18...
- Parnas, J. (2004). Belief and Pathology of Selfawareness: A phenomenological contribution to the classification of delusions. *Journal of Consciousness Studies*, 11, 148-161.
- Parnas, J. (2008). Begrebet psykose. *Ugeskrift for Læger*, 170, 3743-3746.
- Parnas, J. (2011). A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1121-1130.
- Parnas, J. (2013). On psychosis: Karl Jaspers and beyond. I Stanghellini, G., & Fuchs, T. (red.) (2013). *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology* (s. 208-228). Oxford UK: Oxford University Press.
- Parnas, J. & Bovet, P. (1991). Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 7-21.
- Parnas, J., & Bovet, P. (in press). Psychiatry made easy: Operation(al)ism and some of its consequences. I Kendler, K. S. & Parnas, J. (red.). (2014), *Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Parnas, J., Bovet, P. & Zahavi, D. (2002). Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenic implications. *World Psychiatry*, 1, 131-136.
- Parnas, J. & Glenhøy, B. (2009). Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoid psykose, akutte forbigående psykoser samt schizoaffektive psykoser. I Mors, O., Kragh-Sørensen, P., & Parnas, J (red.), *Klinisk psykiatri*. (3. utg.) (s. 247-360). København: Munksgaard Danmark.
- Parnas, J., Jansson, L., Sass, L. A. & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first admissions. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 6, 107-116.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J. O. R., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38, 236-258.
- Parnas, J., Nordgaard, J. & Varga, S. (2010). The concept of psychosis: A clinical and theoretical analysis. *Clinical Neuropsychiatry*, 7, 32-37.
- Parnas, J., & Sass, L. A. (2008). Varieties on «phenomenology»: On description, understanding and explanation in psychiatry. I Kendler, K. S. & Parnas, J. (red.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Nosology and Phenomenology* (s. 239-286). Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.
- Parnas, J. & Zahavi, D., (2002) The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. I Maj, M., Gaebel, W., Lopez-Ibor, J. J. & Sartorius, N. (red.), *Psychiatric Diagnosis and Classification* (s. 137-162). Chichester: Wiley.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality* Oxford UK: Oxford University Press.
- Sass, L. A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*. New York: Basic Books.
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Stanghellini, G. (2013). Philosophical Resources for the Psychiatric Interview. I Fulford, K., Davies, M., Gipps, R., Graham, G., Sadler, J., Stanghellini, G., & Thornton, T. (red) (2013), *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (s. 321-356). Oxford UK: Oxford University Press.
- Stanghellini, G., & Fuchs, T. (red.) (2013). *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Sørheim, S., & Husby, T. (2011) Rettspsykiatrisk erklæring til Oslo Tingrett, avgitt 29. november, 2011.

- Tørrisen, T., & Aspaas, A. (2012) Rettspsykiatrisk erklæring til Oslo Tingrett, avgitt 10.04.2012.
- Walker, C. (1991). Delusion: What did Jaspers really say? *British Journal of Psychiatry*, 159, 94-103.
- World Health Organization (1992). *The ICD- 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- Zahavi, D. (2007). *Fænomenologi. Problemer, positioner og paradigmer* (3. utg.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.