

EN

Hva er schizofreni?

Schizofreni ble første gang beskrevet for mer enn hundre år siden, da under navnet *dementia praecox*. Siden den gang og helt til i dag har det vært knyttet ulike problemer til det å finne gode klassifiseringer av tilstanden og gyldige beskrivelser av dens årsakssammenhenger. Tilstanden har også vært svært stigmatisert og misforstått. I dag er det mulig å diagnostisere schizofreni pålitelig ved hjelp av kriterier som er utviklet i løpet av de siste tiårene, og tilstanden vurderes nå som en diagnostisk enhet i internasjonale klassifikasjonssystemer. Likevel omfatter diagnosen en svært uensartet gruppe av enkeltpersoner, som fremstår på mange innbyrdes ulike måter, og behandling av denne sykdommen krever et bredt spekter av terapeutiske tilnærminger. Da Bleuler (1911) første gang brukte begrepet, refererte han til det som «gruppen av schizofrenier». På bakgrunn av det mangfold av symptomer som finnes ved schizofreni, har Persons (1986) og Bentall et al. (1988) argumentert for å fokusere på enkeltsymptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, i stedet for på diagnoser. Det finnes også en mellomposisjon som vurderer mulige kliniske undergrupper innenfor den overordnede schizofrenidiagnosen (beskrevet mer detaljert senere i dette kapitlet). Schizofreni kan derfor betraktes ut fra tre nyttige utgangspunkt: lidelse, undergruppe og symptom.

Disse tilnærmingene kan utfylle og supplere hverandre:

- Den brede diagnostiske kategorien «schizofreni» har vært nyttig å bruke i kommunikasjon, undervisning og i forskningssammenheng. Informasjon om forskning på karakteristika hos personer med schizofreni (for eksempel alder ved debut) og utfall av behandlingen gis i dette og neste kapittel.
- Siden tilstanden schizofreni presenterer seg på så ulikt vis, vil en identifisering av undergrupper basert på symptomer som gjerne opptrer samtidig, også kunne være veiledende for terapien. Hallusinasjoner kan for eksempel opptre i ulike sammenhenger og knyttes opp mot ulike symptomer. De kan ha nedsettende karakter, være svært plagsomme og kreve direkte arbeid med konsekvensene av traumer. Alternativt kan innholdet i hallusinasjonene støtte direkte opp under et system av paranoide vrangforestillinger (for eksempel stemmer som tilskrives CIA/politiet). Det primære fokuset vil da være bearbeiding av antakelsene som ligger til grunn for vrangforestillingssystemet, i stedet for et mer direkte arbeid med stemmene.

- Det er også verdifullt å fokusere på enkeltsymptomer. Identifisering av symptomer er relativt enkelt. Terapi som fokuserer på symptomer er lett begripelig, og kan brukes i psykologisk behandling og tilrettelegging basert på en individuell kasusformulering.

Dette kapittelet beskriver:

- 1 Kjennetegn ved schizofreni, inkludert symptomer og demografisk informasjon
- 2 Den kognitive modellen for schizofreni, som bygger på et stress-sårbarhetskonsept for schizofreni, og som innbefatter en interaksjon mellom
 - biologisk, sosial og psykologisk sårbarhet og
 - individuelle stressfaktorer eller stressende omstendigheter
- 3 Kliniske undergrupper av schizofreni med illustrerende eksempler
- 4 Ulike måter å forstå psykotiske symptomer på

KJENNETEGN VED SCHIZOFRENI

Forløpet av schizofreni er rimelig godt forstått, men det har dessverre endret seg lite over tid. Nye behandlingsformer, både farmakologiske og psykososiale, ser ut til å kunne endre dette bildet, men foreløpig er ikke dette bekreftet ved forskning. Den tradisjonelle oppfatningen har vært at av dem som utvikler sykdommen blir ca. 20 % helt bra (full recovery), 20 % har tilbakefall uten påfølgende forverring, 40 % har tilbakefall med noe forverring, og mindre enn 20 % forblir kronisk syke og viser liten bedring. Det finnes noen holdepunkter (presentert under) for at disse tallene tegner et dystre bilde av situasjonen enn hva realitetene tilsier. Men det er i alle fall liten tvil om at det kliniske sykdomsbildet ved schizofreni er svært uensartet, og at det varierer sterkt med ulike stadier i lidelsen og den individuelle sammensetningen av symptomer.

Symptomatologi

Mennesker med schizofreni har en tendens til å oppleve en rekke ulike psykiatriske symptomer. Det kan være visse typer hallusinasjoner, spesielt auditive (hørselsrelaterte), visuelle (synsrelaterte) og somatiske (knyttet til kroppslige fornemmelser). Øvrige symptomer kan være vrangforestillinger, tankeforstyrrelse og mangel på innsikt. Alle disse symptomene forekommer vanligvis sammen med negative symptomer som alogi, følelsesmessig avflatning, dårlig motivasjon og sosial tilbaketrekking. (Se definisjoner og forklaringer senere og i kapittel 12.) De negative symptomene kan være enten primære, det vil si relatert til selve schizofrenitilstanden, eller sekundære, det vil si relatert til depresjon, eller de kan oppstå som bivirkninger av medisiner. Kognitiv svikt, som forstyrret oppmerksomhet og svekket korttidsminne, og dårlig evne til å gjenkjenne og forstå ansiktsuttrykk, kan føre til eller opprettholde dårlig mestringsevne og sosial isolasjon.

Schizofreni har blitt definert ved tilstedeværelsen eller fraværet av spesifikke symptomer. En kombinasjon av disse symptomene, og at de har vært til stede over en viss tidsperiode, er nødvendig for å fastslå diagnosen, ifølge kriteriene som er de-

finert av ICD-10 og DSM-IV-TR (*The International Classification of Diseases*. 10. utgave, ICD-10, World Health Organisation [WHO] 1992; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. utgave, tekstrev., DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2000). ICD-10 krever at ett tydelig schizofrenisymptom eller to mindre tydelige symptomer har vært til stede mesteparten av tiden i løpet av en måned. DSM-IV-TR krever tilstedeværelsen av ett karakteristisk symptom i en betydelig del av tiden i en måned, eller to mindre tydelige symptomer i samme tidsperiode (se APA 2000 for utfyllende detaljer).

Symptomer brukt i diagnostisk øyemed inkluderer:

- Å høre sine egne tanker uttalt høyt.
- Tredjepersons hørselshallusinasjoner (stemmer som snakker om en).
- Hallusinasjoner i form av løpende kommentarer til hva en gjør eller tenker.
- Somatiske hallusinasjoner (opplevelse av fysiske fornemmelser som personen tror har oppstått utenfor en selv, mens de for andre ikke synes å gjøre det).
- Vrangforestillinger om at tanker blir fjernet eller plassert (overbevisninger om at andre kan fjerne tanker fra eller legge tanker inn i ens bevissthet).
- Vrangforestillinger om tankekringkasting (overbevisning om at hans eller hennes tanker kringkastes til andre).
- Vrangforestilling i sansningen (når personen ser eller hører den samme tingen som andre mennesker, men tillegger den en feilaktig eller vrangforestilt betydning, dvs. en som ikke deles av andre).
- Vrangforestillinger i form av passivitetsopplevelser (styrte handlinger, tanker eller følelser: Når personen er overbevist om at han eller hun blir tvunget til å gjøre, tenke eller føle ting som om vedkommende var styrt av en ytre makt eller av andre mennesker, selv om dette ikke synes å være tilfelle).

Negative symptomer og et gjennomsnittlig forløp av sykdommen er tatt med i de diagnostiske kriteriene i DSM-IV-TR, men ikke i ICD-10. Introduksjonen av slike klassifikasjonssystemer har forbedret reliabiliteten, men validiteten av diagnosen kan fortsatt diskuteres. Sagt på en annen måte er det mulig å nå frem til en stor grad av enighet om at noen har tegn og symptomer som er beskrivende for schizofreni, men det er fortsatt usikkerhet knyttet til hvor meningsfull en diagnose (eller gruppe av diagnoser) er i forhold til antatte årsaker, prognoser eller respons på behandling. Før fremveksten av strengere diagnosekriterier på 1970-tallet ble schizofreni diagnostisert langt oftere i USA enn i Europa. Etter introduksjonen av felles diagnostiske kriterier og store internasjonale studier har det blitt tydelig at forekomsten av schizofreni er ganske lik over hele verden, selv om det er et lite antall grupper som har en høyere forekomst (Boydell et al. 2001).

Mange andre symptomer forekommer i tillegg til dem som blir brukt i diagnostisering, og disse kan være minst like plagsomme og hemmende. Det innbefatter både psykotiske symptomer, som for eksempel nedsettende eller kommanderende hallusinasjoner (i andreperson – dvs. «du er ubrukelig» eller «ta livet av deg»), tankeforstyrrelser hvor det er svært vanskelig å følge tråden i tankene, og ikke-psykotiske symptomer som depresjon, angst, tvangshandlinger, tvangstanker, sosial fobi og agorafobi.

Demografi

I befolkningen generelt vil 0,5–1 % utvikle schizofreni på ett eller annet tidspunkt i livet, selv om forekomsten av nye tilfeller av schizofreni, «førstegangssyke», er nokså lav (10–20 tilfeller per 100 000 i populasjonen årlig). Det er ingen forskjell i forekomsten mellom kvinner og menn, men kvinner får sykdommen gjennomsnittlig tre–fire år senere enn menn. Forekomsten er høyere i urbane enn i landlige strøk. De sosiale konsekvensene av schizofreni er generelt blitt oppfattet som mer negative i utviklede enn i mindre utviklede land, med flere episodiske tilbakefall eller kronisk forverring og økt risiko for suicid (selvmord). Mennesker med schizofreni har en høyere dødelighet enn hva som er forventet. Dette skyldes mange ulike forhold, men selvmord utgjør noe av denne forskjellen. Unge menn med flere psykotiske episoder og gjentatt selvskading er spesielt i faresonen.

Schizofreni er kanskje den mest invalidiserende av alle psykiatriske lidelser, både psykisk, økonomisk og sosialt. Ifølge Verdensbanken ligger denne sykdommen på trettendeplass når det gjelder helsekostnader. Den vanlige oppfatningen har vært at mennesker som lider av denne sykdommen sjelden har arbeid, har liten sannsynlighet for å utvikle meningsfulle relasjoner og har en tendens til å falle gjennom sosialt og til slutt leve i isolasjon og kanskje til og med på gaten. Dette negative synet har imidlertid gjentatte ganger blitt utfordret. En nyere studie av mennesker som hadde fått diagnosen schizofreni, viste at ved 15 og 25 års etterundersøkelse hadde ca. 50 % av dem oppnådd gode kliniske resultater (Harrison et al. 2001). Uansett hva det langsiktige utfallet måtte være for den enkelte, består mye av arbeidsmengden til det lokale psykiatriske hjelpeapparatet i å arbeide med mennesker med schizofreni og relaterte diagnostiske kategorier (schizoaffektive lidelser, bipolare lidelser og vrangforestillingslidelser).

DEN KOGNITIVE MODELLEN FOR SCHIZOFRENI

De modellene som har blitt brukt for å forklare schizofreni, har vært basert på biologiske, sosiale og psykologiske begrepsrammer (se Tabell 1-1). Biologiske modeller har vektlagt fysiske årsaker til sykdommen, inkludert abnormiteter i hjernens struktur eller funksjon, sykdom forårsaket av genetikk, fødselsskader, unormal utvikling eller påvirkning av virus. Sosiale modeller har fokusert på miljømessig påvirkning, innbefattet fattigdom, påvirkning fra kultur og storbymiljø, og press fra familie og samfunn. Psykologiske modeller har inntatt mange forskjellige perspektiver, men de har ofte omhandlet kompleksiteten i interpersonlige relasjoner.

Ingen av disse modellene har fått universell tilslutning siden alle har begrensninger i forhold til å forklare tilgjengelige forskningsresultater, eller i å bli underbygget av den samme forskningen. På grunn av disse begrensningene er det blitt foreslått modeller som inkluderer elementer fra alle de forskjellige modellene, og som er basert på en interaksjon mellom stress og sårbarhet. Denne sårbarheten kan ha biologisk opphav (dvs. at det foreligger en genetisk predisposisjon), den kan ligge i medfødte psykologiske karaktertrekk eller være resultat av sosiale forhold i løpet av fosterstadiet eller den tidlige utvikling. Stress kan på liknende måte være biologisk (infeksjoner eller rusforgiftning), psykologisk eller sosialt relatert.

Tabell 1-1. Stress-sårbarhets-modell av psykose

Psykotiske symptomer, inkludert de ved schizofreni, oppstår ved en kombinasjon av *sårbarhetsfaktorer*:

- Biologiske, også genetiske
- Sosiale, innbefattet det å bo i urbane omgivelser
- Psykiske, som kan omfatte:
 - En eksternaliserende bias (tankefeil)
 - En tendens til å «trekke forhastede slutninger»
 - Vansker med å «se ting fra andres ståsted»
 - Negative eller forvirrede underliggende oppfatninger om eget selv

Disse sårbarhetsfaktorene kombineres med *stress* som er *betydelig for den enkelte* på grunn av hvordan det fortøner seg, dets alvorlighetsgrad, tilknyttede assosiasjoner eller mulige implikasjoner. De psykotiske symptomene kan forsterkes av en frykt for «galskap» og stigmatisering.

Ulike kognitive modeller for vrangforestillinger (Garety et al. 2001, Beck og Rector 2002) og hallusinasjoner (Morrison 1998) har i det siste blitt utviklet for bedre å forstå disse symptomene. Disse syntesene er basert på en bio-psyko-sosial modell og forsøker å inkludere og forklare nyere forskningsresultater.

Biologisk sårbarhet

Schizofreni har uten tvil en genetisk sårbarhetskomponent. Dette kan skyldes et lite antall gener som opererer selvstendig på en *multiple-hit*-måte med en additiv effekt. Evidens for et genetisk bidrag eller en genetisk predisposisjon for schizofreni utledes fra studier av eneggede og toeggede (monozygote og dizygote) tvillinger. Sannsynligheten for å utvikle schizofreni er nesten 50 % hos barn der begge foreldrene lider av schizofreni. En etterundersøkelse av tvillinger fant at begge utviklet schizofreni i 36 % av tilfellene der tvillingene var eneggede, mens tallet for toeggede tvillinger var 14 %. Denne undersøkelsen har hatt stor innflytelse i fagmiljøet fordi den bekrefter betydningen av arvelighet for utviklingen av schizofreni. Men siden bare litt over en tredjedel av dem som er genetisk identiske utvikler sykdommen, må det også være en viktig miljømessig komponent i etiologien, årsaken, til sykdommen. Bekreftelsen av tilstedeværelsen av en genetisk disposisjon skriver seg også fra adopsjonsstudier, der det påvises at tvillinger som er oppdratt i forskjellige miljøer har liknende (dvs. høyere enn normale) rater for schizofreni som de som er oppdratt sammen. Det er noen problemer knyttet til disse studiene, delvis på grunn av tilstedeværelsen av andre sammenhengende faktorer, for eksempel en tendens til at mødre med schizofreni får dårligere oppfølging i svangerskapet, men også på grunn av en manglende reliabilitet når det gjelder diagnostisering i studiene. Tvillinger er også i utgangspunktet klart uvanlige på mange måter, og særlig deres identitetsproblematikk kan ha betydning for utviklingen av schizofreni. Sett fra et annet perspektiv har 89 % av mennesker med schizofreni foreldre som ikke har schizofreni, 81 % har ingen syke førstegrads slektninger, og 63 % kan ikke vise til en familiehistorie med noen form av sykdommen. Derfor er den alminnelige konsensus at det er en genetisk sårbarhet

hos noen mennesker med schizofreni, sannsynligvis på grunn av at multiple gener agerer uavhengig, og at det i tillegg foreligger en miljømessig komponent.

Schizofreni har også en biologisk predisposisjon knyttet til fødselstraumer og til virusinfeksjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Geddes og Laawrie (1995) beregnet at komplikasjoner ved svangerskap og fødsel kan øke risikoen for schizofreni med 20 %. Mer spesifikt fant Verdoux og medarbeidere (1997) at personer med sykdomsstart av schizofreni før 22-årsalderen hadde tre ganger høyere sannsynlighet for å ha hatt en unormal fødsel enn de som ble syke senere, og det var ti ganger mer sannsynlig at de var født ved komplisert keisersnitt. Risikoen for å utvikle schizofreni for personer med fødselskomplikasjoner er fire ganger høyere enn for de uten slike komplikasjoner. Et eksempel kan være langvarig fødsel med risiko for oksygenmangel. Denne typen fødselskomplikasjoner er funnet hos 40 % av dem med schizofreni. En kompliserende faktor her er at de som har schizofreni også har høyere sannsynlighet for fødselskomplikasjoner på grunn av psykososiale forhold.

Det er også en årstidsavhengig faktor. Mennesker som utvikler schizofreni har større sannsynlighet for å være født sent på vinteren eller om våren. Epidemier av virussykdommer som meslinger, influensa og vannkopper har vist seg å korrelere med en økning i antallet fødsler av personer som senere utvikler schizofreni. Den økte risiko for å utvikle sykdommen av slike årsaker er sannsynligvis svært liten. Men disse risikofaktorene kan sammen med en genetisk risiko skape en signifikant sårbarhet for schizofreni. Enkeltpersoner med schizotypale personlighetstrekk (eksentrisk oppførsel med unormale tanker og følelser, affekt) er overrepresentert i familiene til personer med schizofreni. Muligens viser dette at disse personlighetstrekkene kan være markører for en underliggende sårbarhet eller være selvstendige risikofaktorer. Funn av endringer i hjernen hos grupper av mennesker med schizofreni, som forstørrede ventrikler, kan også manifestere seg gjennom økt sårbarhet.

Til tross for dette synes mange med schizofreni ikke å ha noen tydelige biologiske eller genetiske predisposisjoner. I slike tilfeller kan personlig, sosial eller psykologisk sårbarhet knyttet til traumer eller forstyrrelser tidlig i livet muligens knyttes til utvikling av schizofreni senere i livet.

Sosial sårbarhet

Schizofreni er vanligere i byer enn på landet, og dette synes å være tilfellet selv etter at det er korrigert for en tendens til at mennesker som blir syke flytter fra landet til byen. Annen sårbarhet, som omtalt tidligere, utvikler seg mest sannsynlig i de indre bykjerner hvor det er begrenset tilgang til eller bruk av gode fasiliteter i forbindelse med fødsler. I slike urbane strøk er det også en tendens til mer sosial nød og forskjellige former for misbruk. Dette fører til økt stress og muligens til utvikling av negative skjema (dvs. relatert til paranoia) som i sin tur har en tendens til å utvikle og vedlikeholde psykotiske symptomer. I de samme områdene er det lettere tilgang til hallusinogene stoffer som også kan aktivere og vedlikeholde psykotiske symptomer. De indre bykjerner er også ofte bebodd av innvandrere og asylsøkere, en gruppe som har en høyere forekomst av schizofreni. Dette finner man spesielt hos andregenerasjons innvandrere, sannsynligvis på grunn av deres vanskeligheter i relasjon til kulturelle konflikter, ensomhet, fremmedgjøring, rasisme og begrenset sosial støtte.

Psykologisk sårbarhet

Ulike psykiske sårbarhetsfaktorer som kan predisponere enkeltpersoner for schizofreni, har blitt beskrevet i løpet av den siste tiårsperioden: Prosesser som fører til kognitiv forvrengning kan være til stede, for eksempel en tendens til å eksternalisere ros for gode hendelser eller skyld for negative hendelser, og til å personifisere denne rosen eller skylden gjennom en bestemt person eller gruppe (Bentall & Kinderman 1998). Eksternalisering og personifisering er knyttet til en *theory of mind*-svikt. Disse svakhetene handler hovedsakelig om grunnleggende problemer med å føle empati (dvs. en manglende evne til å sette seg inn i andre menneskers rolle eller situasjon og å forstå deres perspektiv). Denne type svikt kan også være *selvforsterkende*, på den måten at paranoid tenkning kan fungere som et selvforsvar gjennom å redusere uoverensstemmelsene mellom det *egentlige selv* og det *idealiserende selv*. Personer med schizofreni kan beskytte sin selvfølelse ved å lage eksterne kausale forklaringer (attribusjon) på negative hendelser, det vil si at de skylder på andre i stedet for på seg selv når ting går galt (Bentall & Kinderman 1998). Noen mennesker med schizofreni kan være tilbøyelige til å utvikle vrangforestillinger eller hallusinasjoner som en måte å forsvare seg mot uutholdelig affekt eller tap av selvfølelse på, i stedet for, for eksempel, å få angst eller bli deprimert (Turkington & Siddle 1998). Vrangforestillinger kan være preget av systematisering og ofte av grandiositet, noe som beskytter personene mot underliggende antakelser som: «Jeg er ubrukelig, jeg er ødelagt, ingen kan bli glad i meg, og jeg er ond.»

Det er foretatt sammenlikninger mellom påtrengende tanker i panikktilfeller og tvangslidelser på den ene siden, og psykotiske symptomer på den andre siden (Morrison 1998). I begge tilfellene er de påtrengende tankene uønsket eller uakseptable for den som opplever dem, og de blir oppfattet som ukontrollerbare. Den vesentlige forskjellen mellom hallusinasjoner og tvangstanker er at de førstnevnte tilskrives eksterne forhold (dvs. blir oppfattet som å ha sitt opphav utenfor psyken), mens de sistnevnte synes å komme innenfra (Kingdon & Turkington 1998). Morrison (2001) hevder at positive psykotiske symptomer kan bli forstått som at noe trenger seg på bevisstheten, og at sårbarheten for feiltolkning forårsaker det tilhørende ubehaget og funksjonssvikten.

Mennesker med visse paranoide vrangforestillinger fremviser ulike kognitive feilfortolkninger. Disse typiske feilfortolkningene innbefatter å trekke vilkårlige slutninger (trekke konklusjoner fra ufullstendig informasjon) og å holde fast ved disse konklusjonene med større sikkerhet enn andre ville ha gjort (Garety & Freeman 1999). Slike vrangforestillinger kan ta form som et resultat av et forsøk på å forstå symptomer (dvs. stemmer eller fysiske angstsymptomer) i mangel av kunnskap om dem. Disse vrangforestillingene er som oftest resultat av en sterk følelsesmessig respons på vanlige kulturelle forestillinger eller fenomener (for eksempel bortføring av romvesener, satellittovervåking med mer).

Chadwick og hans medarbeidere (1996) har beskrevet en tendens hos forskjellige pasientgrupper til å se på seg selv og andre på en negativ måte, illustrert av termene *poor me* eller *bad me*. Disse psykiske kjennetegnene kan skyldes genetisk determinerte sårbarhetsfaktorer, men det er også mulig at de er resultat av spesifikke stressfaktorer eller forhold tidligere i livet eller en kombinasjon av disse. Det er uansett klart at både de omstendighetene personene befinner seg i, og de rådende kulturelle verdier

har en innflytelse på innholdet av personenes egne forestillinger og på styrken i overbevisningene som holder dem oppe.

Stressfaktorer

Stressende hendelser og omstendigheter i livet kan arte seg på mange ulike måter. De kan være klart ubehagelige (for eksempel sorg og tap) eller noe mindre stressende (for eksempel å bytte fra dagskift til nattskift, eller å flytte hjemmefra for å gå på skole). De kan også innbefatte bruk av hallusinogene rusmidler og alkohol som selvstendige eller kompliserende stressfaktorer. Noen mennesker kan være spesielt følsomme for slike stressfaktorer i visse faser av livet, eller på grunn av aktuelle omstendigheter eller tidligere betydningsfulle hendelser.

Mennesker med kritiske og nedsettende hørselshallusinasjoner kombinert med depresjon og et lavt selvbylde avdekker ofte i løpet av terapien at de har vært offer for seksuelt misbruk i barndommen eller de har vært utsatt for traumer i puberteten, inkludert mobbing. Tidlige traumer har blitt knyttet til hallusinasjoner ved schizofreni (Heins, Gray & Tennant 1990) og spesifikt til diagnostiske symptomer på schizofreni (Ross et al. 1994). I slike tilfeller kan det være en ny negativ begivenhet i livet som utløser nedsettende stemmer. Slike hallusinasjoner kan være til stede i årevis før personen endelig kommer til behandling, enten fordi hallusinasjonene til slutt blir umulige å tolerere lenger, fordi vedkommende bestemmer seg for at tiden er inne til å gjøre noe med plagene, eller fordi han eller hun ikke før nå er blitt sterk nok til å hankses med dem. Disse stemmene er ofte stemmen til en overgriper eller for eksempel stemmen til mennesker som har kritisert eller mobbet pasienten kraftig. Det er ofte visuelle hallusinasjoner eller bilder forbundet med dette.

Både pasient og terapeut har ofte en sterk vegring mot inngående spørsmål og avdekkinger, og arbeidet med det traumatiske materialet unnvikes ofte av begge parter. Den økte uroen i den traumatiserte tilstanden forverrer opplevelsene av hallusinasjoner, på lik linje med en eventuell tilhørende søvnløshet. Begge disse tilstandene kan føre til tvangstanker, ofte med tilhørende tvangsritualer. I slike tilfeller kan en systematisk guidet kasusformulering knyttet til det overgrepsrelaterte innholdet i de psykotiske symptomene ofte tillate vedkommende å begynne prosessen med å evaluere traumatet på nytt. Det blir mulig å begynne å behandle plagene som følger med traumatet, som skam, sinne og følelsen av verdiløshet, gjennom et arbeid med de tilknyttede overbevisningene. Mennesker med slike plagsomme symptomer kan ha gjentatte innleggelse bak seg, flere selvmordsforsøk og en høy risiko for selvmord på grunn av kombinasjonen av kritiske og kommanderende hallusinasjoner og en sammenfallende depresjon. Psykoseerfaringen kan i seg selv gi opphav til traumer fordi den øker opplevelsen av å være et offer. Mange av de sårbare pasientene våre blir utsatt for overfall, vold, seksuell trakassering og gjentatte overgrepspregede relasjoner (Walsh et al. 2003). I tillegg blir disse forholdene ofte ikke klarlagt eller avdekket, og dette fører igjen til en forverring av hallusinasjoner, vrangforestillinger om å bli forfulgt og til negative symptomer.

Den kanskje mest kraftfulle opprettholdende faktoren er at personens antakelse om de psykotiske symptomene forsterker ethvert ubehag som ligger innebygd i selve stress-situasjonen. Mennesker som antar at stemmene deres er allvitende og allmektige, noe de ofte gjør, har en tendens til å aktivere spesielt dårlige mestrings-

strategier (Birchwood & Chadwick 1997). Dette gjelder spesielt de som tror at stemmen tilhører et mektig åndelig vesen som Gud eller Satan. Romme og Escher (1989) har vist at en bedre mestringsstrategi var knyttet til mye mindre truende forklaringer på hallusinasjonene, for eksempel: «undertrykte stemmer fra barndommen min», «en del av min personlige utvikling», «parapsykologisk gave ... som et medium». Biologiske forklaringer er nyttige for mennesker som føler seg mindre skamfulle, og at de har mer kontroll når de har en «indre eller medisinsk» forklaring. Men mange føler seg imidlertid maktesløse, fremmedgjorte og deprimerte av denne typen biologiske forklaringer. Det avgjørende er å arbeide med pasientens antakelser angående symptomene når disse er dysfunksjonelle, og å arbeide frem mot en ny forestilling som fungerer bedre for vedkommende, hvis nødvendig.

Stress-sårbarhets-modellen

Stress-sårbarhet-hypotesen for schizofreni understreker at sårbarhet og stress i kombinasjon produserer symptomer som er karakteristiske for lidelsen. Hvilke spesifikke symptomer (dvs. stemmer eller vrangforestillinger) og kombinasjoner av symptomer (dvs. hvilken som helst av de kliniske undergruppene som er beskrevet senere) som utvikler seg, vil i avgjørende grad bli bestemt av sårbarhetsfaktorenes type og av de ulike formene for erfart stress. Mennesker med sårbarhetsfaktorer som stammer fra genetiske forhold, mangelfull fødselshjelp og negative skjemaer (*leve-regler*) kan bli psykotiske på grunn av stressende omstendigheter. Dette kan være rusmisbruk, traumer eller en opphoping av sosiale problemer. De negative skjemaene, mangel på støtte, bruk av hallusinogener og generelt være utsatt for fattigslige sosiale miljøer, bidrar til å opprettholde psykotiske symptomer.

I tillegg til slike bakgrunnsfaktorer kan frykten for å oppleve psykotiske symptomer i seg selv forverre stress. Det å oppleve forbigående psykotiske symptomer som paranoide ideer og hørselshallusinasjoner er overraskende vanlig i tilsynelatende friske befolkningsgrupper (Johns & Van Os 2001). Slike «psykotiske» symptomer er like vanlige som tvangstanker og blir oftest tolket på en liknende negativ måte. Dette er spesielt fremtredende i vestlige kulturer der slike symptomer blir oppfattet på en meget stigmatiserende måte. En person som utvikler pseudohallusinasjoner på grunn av søvnforstyrrelser i kombinasjon med stress på jobben, kunne komme til å tolke de forbigående symptomene på følgende måte:

Jeg er sikker på at jeg hørte noen snakke for et øyeblikk siden ... Det virket som om de ropte navnet mitt ... Holder jeg på å bli gal? ... Hvis jeg får et sammenbrudd, mister jeg jobben ... Hva vil folk synes om meg? ... Kanskje jeg kommer til å bli innlagt? ... Jeg kommer til å bli låst inne, og de vil sette sprøyter på meg ... Livet vil bli uutholdelig.

Denne sekvensen med stadig mer skremmende tolkninger av den opprinnelige hendelsen kan føre til økt angst og videre søvnløshet. Denne prosessen kan igjen bidra til å opprettholde og forverre opplevelsen av hallusinasjoner. Personen kan begynne å bli overbevist om at han eller hun er fundamentalt forskjellig fra andre, *schizofren, gal*, og denne antakelsen kan så bli forsterket gjennom responsen fra andre mennesker. Normalisering (se kap. 8) gir informasjon omkring situasjoner og omstendigheter hvor slike opplevelser oppstår, for eksempel for mennesker som befinner seg

under ekstremt stress, som gisler. Denne informasjonen gjør de spesielle personlige opplevelsene forståelige som relatert til slike stressende opplevelser. Mennesker som opplever slike situasjoner, skiller seg ut med hensyn til det stresset de er utsatt for, men de er ikke fundamentalt annerledes *som mennesker*. Budskapet er at de fleste, kanskje alle, mennesker vil kunne utvikle de samme symptomene som denne personen opplever, hvis de utsettes for tilstrekkelig eller spesifikke typer av stress.

Det er derfor en klar begrunnelse (rasjonale) for bruken av normaliserende forklaringer som en tidlig strategi i terapien med den psykotiske personen (Kingdon & Turkington 1994). Normalisering fører til redusert angst og forbedret samarbeid. Angst fungerer ofte som en vedlikeholdende faktor, og det å redusere angsten kan svekke den hallusinatoriske intensiteten og minske dens varighet. Dette kan i sin tur gi opphav til en rask opplevelse av bedring. Andre psykotiske symptomer (som tankeinnsettning og selvhenføring) er ofte gjenstand for en liknende overdimensjonering og kan på samme måte dempes gjennom normaliserende forklaringer.

I stedet for, eller i tillegg til, å tenke katastrofalt om psykotiske symptomer og panikksymptomer, kan pasienter også aktivt ta i bruk *sikkerhetsatferd* ved hver av disse lidelsene, spesielt i forhold til stemmer (Morrison 1998). En slik atferd er etablert av personen for å redusere belastningen av symptomene han eller hun opplever. Problemet er at siden denne atferden i stor grad baserer seg på unnvikelse kan den i stedet føre til en økning eller i det minste til en opprettholdelse av symptomene. Symptomet blir under disse omstendighetene oppfattet som et faresignal. Personen vil ikke engasjere seg i eller eie opplevelsen, og vil unngå enhver situasjon hvor stemmen kan dukke opp. Hvis stemmen vanligvis oppstår i sosiale situasjoner, vil personen anstrenge seg for å unngå sosial kontakt. Når sikkerhetsatferd anvendes på denne måten, vil hallusinasjonene aldri få anledning til å viskes ut, men de blir tvert imot aktivt vedlikeholdt av personens mestringsstrategier. Når opplevelsen av de psykotiske symptomene forverres gjennom katastrofetenkning og bruk av sikkerhetsatferd, kan intense og svært forstyrrende psykotiske opplevelser komme til å utvikle seg. Sikkerhetsatferd opphører bare når mer funksjonelle mestringsstrategier er utviklet i samarbeid med terapeuten, og når disse har vist seg virkelig å kunne takle symptomene ved hjemmeøvelser eller under timene med terapeuten. Normaliserende forklaringer og bruken av stemmedagbøker som oppfordrer til engasjement og til en gradvis nedtrapping av sikkerhetsatferden, er også effektive intervensjoner når de blir brukt sammen.

Man kan med andre ord oppnå endringer gjennom pasientens økte forståelse av hvordan hans eller hennes sårbarhetsfaktorer og erfaringen av stress gjensidig påvirker hverandre. Denne formen for forståelse kan ha to virkninger:

- 1 Den trekker mening ut av forvirringen, noe som fungerer betryggende og avstigmatiserende: «Jeg er ikke *så* ulik alle andre», «Nå forstår jeg hvorfor jeg føler meg så elendig».
- 2 Den danner grunnlaget for spesifikke intervensjoner som kan lette de vonde og hemmende symptomene, for eksempel problemløsning, mestring av stemmer, testing av sterke antakelser og arbeidet med konsekvensene av disse antakelsene.

KLINISKE UNDERGRUPPER

Crow (1985) beskrev positive og negative syndromer (type 1 og type 2) ved schizofreni, og antydte at forskjellige nevrologiske mekanismer kan ligge til grunn for begge syndromene. Fremtredende negativ symptomatologi ved start av den første episoden som ikke forsvinner i løpet av den første innleggelsen, har vist seg å gi en dårlig prognose (Carpenter et al. 1988). Barnes og Liddle (1990) la frem en tredelt modell for kronisk schizofreni som innbefattet sanseforvringning (dvs. tilstedeværelse av både vrangforestillinger og hallusinasjoner), desorganisering (dvs. tankeforstyrrelse) og negative symptomer. Bleuler (1911) beskrev til å begynne med en *gruppe av schizofrenier*, og siden den tid har det sporadisk blitt skissert undergrupper som enkel, paranoid, hebefren og kataton schizofreni, men slike distinksjoner har hatt liten betydning for klinisk praksis.

Kognitiv terapi fordrer en omhyggelig gjennomgang av de første psykotiske episodene. Det har i løpet av de siste årene blitt klart for oss at det finnes minst fire vanlige presentasjonsformer av schizofreni som alle synes å kreve en liknende, individuell behandlingsplan, men med små forskjeller fra en gruppe til en annen (Kingdon & Turkington 1998, 2002). Validering av disse undergruppene har skjedd ved gjennomgang av kliniske tilfeller og gjennom diskusjoner på mange workshops og foredrag. Deltakerne har generelt vært enige om at beskrivelsene av disse undergruppene er klinisk gjenkjennbare og stemmer overens med aspekter ved pasienter med schizofreni som de selv har arbeidet med. Mer metodisk forskning på disse undergruppene pågår nå. De blir beskrevet her, med konkrete eksempler, og de blir brukt gjennom hele denne boken for å gjøre det lettere å forstå håndteringen og behandlingen av en kompleks, heterogen gruppe mennesker.

Sensitivitetspsykose

Sensitivitetspsykose viser seg vanligvis tidlig i ungdomsårene eller i tidlig voksenalder, og den har en gradvis sykdomsstart, vanligvis over en periode på et år eller mer. Mennesker med sensitivitetspsykose synes å få stadig større vansker med å håndtere hendelser som de opplever som stressende, for eksempel sosiale situasjoner, akademiske studier, det å flytte hjemmefra eller brutte relasjoner (se Tabell 1-2). Noen ganger har de vært svært flinke på skolen, selv om de ofte har holdt seg en del for seg selv, eller de kan tvert imot ha hatt alvorlige problemer med å klare seg tidligere, men har blitt værende i vanlig skole eller i lavtlønnsjobber. Likevel har det vært forandringer som de har opplevd som stressende, for eksempel et bytte av jobb eller endringer i undervisningssituasjonen.

Psykotiske ideer begynner gradvis å vise seg, noen ganger i flyktige episoder, ved at en personifisering av hendelser blir mer vanlige eller at det oppstår overbevisninger om at han eller hun blir snakket om av andre, på radio, TV eller i sangtekster (vrangforestillinger i form av selvhenføring). Den psykotiske episoden som fører til den første kontakten med helsevesenet kan være svært blomstrende og omfattende, med tankeforstyrrelser, hallusinasjoner og paranoia. Ofte roer dette seg imidlertid ned og etterlater en rest med negative symptomer. Forståelig nok blir familie og andre omsorgspersoner svært bekymret over slike negative symptomer og den invalidiserende effekten disse har. De forsøker ofte å hjelpe personen veldig aktivt, men disse anstrengelsene kan dessverre fungere mot sin hensikt (diskutert i kapittel 12).

Tabell 1-2. Kjennetegn ved sensitivitetssykose

-
- Ofte relativt ensom og sky.
 - Gradvis begynnelse i tenårene eller tidlig i 20-årene.
 - Relativt lite stress kan utløse episoder (for eksempel flytte hjemmefra, begynne å jobbe).
 - Omsorgspersoner er vanligvis svært engasjert.
 - Høye forventninger (basert på personens tidligere prestasjoner)
 - Oppmuntrende og støttende
 - Kan *prøve altfor mye*
 - Føler seg under press, men står i stampe
 - Selvhenføring samt tankekringkasting svært vanlig – særlig ved overstimulering
 - Fremtredende negative symptomer
-

KLINISK EKSEMPEL SENSITIVITETSPSYKOSE: GORDON

Gordon, en stille ung mann på 18 år, ble henvist til en psykiater på grunn av en depresjon etter å ha sluttet på skolen. Han bodde sammen med sin far, en nylig pensjonert advokat på 66 år, og sin mor på 57 som var lærer. Broren på 24 som jobbet i politiet, hadde «droppet ut av skolen». Han bodde nå i en by ca. 10 mil unna sammen med sin samboer. Gordon kjente ikke til at noen i familien hadde hatt psykiske problemer. Han hadde ikke hatt noen problemer i oppveksten. Etter å ha gått på en lokal barneskole reiste han som 12-åring hjemmefra til en privat kostskole. Han var glad og fornøyd de første fire årene og gjorde det godt ved sine første eksamener. Så begynte han på videregående studier i kjemi, fysikk og psykologi.

Han begynte på skolen igjen etter det første studieåret og følte at han «ikke passet inn». Han sa at han ikke kunne kommunisere med de andre studentene. Han grublet og tenkte mye på dem og fant ut at deres bakgrunn var mer privilegert enn hans egen. Da han begynte å bli deprimert, fikk han søvnproblemer. Han beskrev at han «analyserte andres livsstil og bakgrunn». Han følte seg utilstrekkelig, vurderte selvmord og gikk faktisk bevisst over jernbanebroer med tanke på å kaste seg utfor. Han følte at han var «tonet inn på andre menneskers tanker», og at han kunne «plukke opp» deres tanker. Skolen henviste ham til en psykolog som merket seg hans «store funksjonsvansker i forhold til motivasjon». Men Gordon fortalte ikke om de psykotiske symptomene sine.

Han begynte å få synshallusinasjoner med fargerike mønstre, og han følte at han på en måte var «i stand til å avsløre kjennetegn ved andre mennesker ved hjelp av disse mønstrene». Han begynte også å høre kvinnestemmer som kritiserte ham. Han kunne ikke fortsette på skolen og sluttet for å bo hjemme. Der begynte han på et kurs i mediastudier ved en lokal høyskole. Han husker at han følte at han «trivdes godt sammen med de andre studentene», men at han hadde problemer med de akademiske studiene. Han brukte cannabis fra tid til annen fra 16-årsalderen, men ikke de seks siste månedene før han ble henvist til psykiatrien.

Da han kom til psykiatrisk undersøkelse, ble det registrert at han var spontan, med en *pseudofilosofisk kvalitet* i måten å snakke på, og han fortalte åpent om sin tro på at han kunne fange opp folks tanker gjennom særtrekk ved stemmene deres. Han ble også ansett å ha avflatede følelser, og dette, sammen med hans problemer med arbeidssituasjonen og hans synkende motivasjon, kunne bety en

mulig utvikling av negative symptomer. Psykiateren som utredet ham mente at dette var en dårlig prognostisk faktor.

Foreldrene ble kontaktet, og de kunne fortelle at en onkel på farssiden hadde begått selvmord 25 år tidligere. De beskrev Gordon som en tidligere sterk, målrettet og tankefull gutt. I løpet av de siste to årene hadde han imidlertid blitt mer og mer innadvendt, fjern og irritabel. Han hadde klaget til moren over at han hørte stemmer. Faren ga uttrykk for en svært negativ holdning til det psykiatriske hjelpeapparatet, men han var bekymret for sønnen. Man startet medisinering med et antipsykotisk middel, klorpromazin. På dette stadiet ble Gordon henvist til kognitiv terapi på et psykosenter i Southampton.

I de neste månedene var han poliklinisk pasient. I denne perioden ble han mer deprimeret, med en merkbart forverring i forbindelse med en hendelse der han var involvert i en mindre bilulykke. Faren ble svært kritiserende, og sønnen ble ettertrykkelig gjort ansvarlig for ulykken. Hele atmosfæren i hjemmet ble nå svært anstrengt. Det ble foreskrevet antidepressiva, men samtidig sluttet han med klorpromazin som han inntil da hadde vært enig i å ta. Han fortsatte på den lokale høyskolen. I begynnelsen var resultatene hans ganske gode selv om han selv var svært negativ til sine egne prestasjoner. Planen hans var å søke om opptak på et fireårig universitetsstudium. Men han la seg tidlig på morgenkvisten og sto opp seint, noe som medførte at han stadig gikk glipp av forelesninger.

Etter sommerferien begynte han å utebli fra avtaler, og han møtte heller ikke opp til undervisningen. Da han ble spurt om dette, sa han først at han hadde bestemt seg for å ta fri et år, men at han så igjen hadde forandret mening. Nesten alle vennene hans hadde flyttet, så han møtte dem bare av og til. Han begynte å stenge seg selv ute fra verden. Etter at han hadde uteblitt fra noen flere avtaler og foreldrene hans sa at han nektet å møte noen overhodet, henviste fastlegen hans ham på nytt til behandling. Stemningsleiet hans var «merkelig, med upassende tanker og ideer». Heldigvis kom han til neste avtale fordi moren og broren hadde overtalt ham til det. Han beskrev nå alvorlige vansker med å fullføre studiet: «Det virker som om uansett hva jeg tenker på, så kan de høre tankene mine eller vite hva jeg tenker på.» Han begynte å ta medisinen igjen, noe som «hjalp for å rydde opp i virvaret», og sluttet samtidig helt på studiet for en stund. Han lukket seg inne på rommet sitt når han ikke tok medisinen sin, og «foreldrene orket ikke mer». Han fortsatte periodisk på studiene, men fikk svært dårlige resultater. Han hallusinerte aktivt og hørte sarkastiske kommentarer.

Etter den innledende utredningen, som er beskrevet ovenfor, utarbeidet vi en modell for Gordons symptomer. Den var basert på en idé om at en «sensorisk overstimulering» hindret ham i å fungere. Han gikk med på å ta det antipsykotiske middelet risperidon hver morgen, som en «buffer mot dette stresset». Foreldrene møtte sammen opp til en samtale med terapeuten, som beskrev modellen for negative symptomer for dem (se kap. 12). Man ble enig om at det beste man kunne gjøre for at Gordon skulle bli bedre fremover var å redusere stress og forventninger. Alle ble enige om at han skulle «ta et friår». Stemningsleiet ble øyeblikkelig bedre. Han hadde fortsatt følelsen av «bølger med energi mellom folk», og «jeg tenker fortsatt at jeg kan høre meg selv tenke høyt, og at andre tenker høyt» (tankeekko eller tankekringkasting), og han hørte også av og til stemmer. Han hadde til nå ikke mottatt trygdeytelser, så det ble det nå søkt om.

Gjennom de neste månedene møtte han regelmessig til samtaler hos terapeuten. Han arbeidet med å forstå tankekringkastingen og de *styrte handlingene* (*made actions*) der han bokstavelig talt sperret opp øynene, noe han følte var utenfor hans kontroll og som tiltok ved stress. Faren trakk seg ut av behandlingssamarbeidet, mens moren fortsatte å være støttende, selv om hun av og til ble målet for Gordons verbale frustrasjoner. Broren besøkte ham av og til, og etter noen måneder tok han Gordon med på en rockefestival, noe som var en virkelig test på hans evne til å mestre tankekringkastingen som økte til og med i små forsamlinger. Han var også med på andre arrangementer, for eksempel et lokalt båtshow.

Gordon bestemte seg så for at han var klar til å gå på det lokale arbeidskontoret for å få en avtale med en attføringskonsulent som kunne hjelpe ham til å finne et passende og meningsfylt arbeid. Det tok flere uker med diskusjoner for å finne ut nøyaktig hvor han skulle henvende seg, hva han trengte å gjøre, og å bedømme når han følte seg i stand til å mestre det. Idet han skulle forlate senteret etter at han hadde gjort avtale om intervju, trodde han at et par karer på den andre siden av gaten visste hva han tenkte, og at de lo av ham. Heldigvis kunne han snakke objektivt om dette, og selv om han holdt fast på en sterk forestilling om at det var slik som han trodde, var han likevel klar for å gå til intervjuet som var satt opp for ham, og det gjorde han. Dette førte til at han ble tilbudt plass på et internatkurs i programmering i en måned, som han fullførte med glans. Siden har han begynt å jobbe deltid på et kontor hos en venn av moren. Han blir gradvis mindre isolert, og det går sakte fremover med ham, noe som blir beskrevet senere i denne boken.

Rusrelatert psykose

Den viktigste diagnostiske faktoren når det gjelder rusrelatert psykose, er at den første forekomsten av psykotiske symptomer sammenfaller direkte med inntak av hallusinogene rusmidler (se Tabell 1-3). Kokain, amfetamin eller ecstasy ser ut til å være de mest vanlige, men et stort forbruk av cannabis kan også ha denne virkningen. Vedvarende bruk av disse stoffene kan fremkalle nye episoder, men over tid kan de psykotiske symptomene oppstå uavhengig av rusmisbruk og andre omstendigheter (dvs. et TV-program om rus eller å møte en gammel venn kan forårsake det, eller symptomene kan rett og slett bli værende selv i mangel av hallusiner). Dette kan skje etter bare en enkelt episode med stoffutløst psykose.

Vedvarende symptomer kan utvikle seg, men de kan gjerne spores tilbake til den første ruserfaringen. Disse symptomene arter seg ofte som en reprise av den opprinnelige psykosen, i alle fall delvis. Det er nødvendig å samarbeide med familie og andre omsorgspersoner, og man må understreke overfor dem viktigheten av å være konsekvent. Dette kan imidlertid vise seg å være vanskelig siden de ofte må forholde seg til, og tåle, en kaotisk og noen ganger fiendtlig oppførsel. Det å få pasienten til å samarbeide om behandling kan også være et stort problem, i alle fall i den tidligste fasen av behandlingen.

Tabell 1-3. Kjennetegn ved rusrelatert psykose

-
- Rusindusert psykose ved første undersøkelse (hallusinogener – amfetamin, kokain, LSD, stort forbruk av cannabis).
 - Tilbakevendte eller vedvarende symptomer uten at rus er til stede (vist på urin- eller blodprøve).
 - Kan innledningsvis bli gitt diagnosen personlighetsforstyrrelse eller (bare) misbruk.
 - Hallusinasjoner/paranoia – reprise av opprinnelig psykose.
 - Starter vanligvis i tenårene eller i 20-årene.
 - Kan ha en «opprørsk» personlighet.
 - Ofte fra en splittet familie.
 - Omsorgsperson ofte svært usikker på hvordan man kan hjelpe, og kan derfor gi forvirrende beskjeder til personen.
 - Ofte dårlig samarbeid med hjelpeapparatet.
-

KLINISK EKSEMPEL RUSRELATERT PSYKOSE: CRAIG

Craig, en høy, atletisk ung mann med langt hår, hadde to ganger ukentlig symptomer som han beskrev som «flashbacks». Han hadde suicidale tanker og atferd, og hadde nylig tatt en stor overdose med medisiner. Heldigvis ble han funnet før det skjedde noe alvorlig. Han dunket ofte hodet i veggen som en reaksjon på stemmer, og han hadde vurdert å henge seg i en ledning.

Han ble født i en bygd. Han hadde to eldre brødre og en mor som det ble sagt ikke lenger var i stand til å ta seg av barna etter at han ble født. Det virket som om hun led av fødselsdepresjon, så Craig var mye hos besteforeldrene. Foreldrene ble skilt da han var åtte år gammel, og han flyttet til Nottingham for å bo hos faren, selv om han fortsatt var hos moren i ferier. Til tross for disse omstendighetene beskrev han barndommen sin som lykkelig, og han hadde gode relasjoner til familien. Han gjorde det godt på skolen til 17-årsalderen. Han fortsatte med studier og fikk gode karakterer ved eksamener, til tross for at han på det tidspunktet hadde utviklet tydelige tegn på schizofreni. Han hadde ingen andre relevante tidligere sykdommer.

Han begynte å bruke cannabis i 14-årsalderen, fulgt av LSD og tilfeldig bruk av heroin. Han sier at han stort sett har unngått å bruke illegale rusmidler etter at han utviklet sykdommen, men at han til tider er sårbar overfor påvirkning fra venner. Han hadde mange kjærester før han ble syk. Han har ikke vært i arbeid, bortsett fra at han av og til har hjulpet faren i hans arbeid.

Han kom til sin første undersøkelse da han var 17 år gammel. Da hadde han over en to-tre måneder lang periode hørt stemmer, beskrevet som om de var utenfor hodet hans. Noen ganger ville de gjenta tankene hans eller fortelle ham at han skulle gjøre forskjellige ting, inkludert å ta livet av seg. Han beskrev at han ble tvunget til å bevege seg som et svar på disse stemmene, og at tankene hans ble fjernet og muligens kringkastet. Han utviklet ideer om at han ble kontrollert av et utenlandsk byrå og besatt av to mennesker som på en eller annen uklar måte var påvirket av elektroniske felt. Ved undersøkelsen sa han at han ikke hadde brukt heroin eller LSD på fire måneder og heller ikke cannabis på to måneder. Han ble foreskrevet sulprid, et tidligere brukt antipsykotika, og ble bedre i løpet av de neste månedene. Han begynte på college, men hadde vedvarende tankekrings-

ting og beskrev en tilstand av betydelig forvirring. Han sluttet å ta medisinene på grunn av tretthet og opplevde deretter tiltakende tankeinnsetting, somatiske vrangforestillinger og hørbare tanker. Til tross for dette fortsatte han på studiene og fikk seg en deltidsjobb. Han ble igjen psykiatrisk undersøkt fordi han hadde ødelagt en TV og en cd-spiller som en respons på stemmer. Det ble foreskrevet risperidon, men han tok ikke medisinen som avtalt.

Han ble innlagt på sykehus etter å ha vært aggressiv mot brødrene sine og ha truet faren med kniv. Han tok en overdose og prøvde å henge seg, men ble heldigvis funnet før det gikk galt. Han slo også sin seks år gamle søster som et svar på stemmer. Han roet seg fort ned på sykehuset, men gikk da på medisiner. Så forlot han sykehuset og flyttet fra faren for å bo med venner. Etter hvert fikk han fravær fra studiene fordi han ikke kom seg opp i tide om morgenen. Noen uker senere smadret han en båndopptaker og falt ut av et vindu, sannsynligvis på grunn av påvirkning av illegale rusmidler. Koordinatoren hans ordnet med plass for ham i et bofellesskap. Han sa seg villig til å gå til en psykolog, men ombestemte seg og tok en ny overdose.

Craig ble innlagt på sykehuset på nytt. Han trodde at fremmede vesener snakket til ham og ga ham beskjed om å drepe seg selv eller vennene sine. Han sa at han trodde at den foreskrevne medisinen inneholdt cyanid, og mente fremdeles at tankene hans ble satt inn i hodet og fjernet av andre.

Han ble bedre i løpet av sykehusoppholdet og dro derfra for å bo hos en kjæreste, men dette fungerte ikke og han flyttet inn i et annet bofellesskap med oppfølging for noen måneder. Så hadde han en periode på to år der han bodde selvstendig i en leilighet, men ble da sårbar for påvirkning fra rusmisbrukende venner. En ny innleggelse skjedde på grunn av et tilbakefall som skyldtes bruk av illegale rusmidler og det at han hadde sluttet med antipsykotisk medisiner. Han skrek og var irritabel og ute av stand til å slukke et branntilløp på rommet sitt, noe som skapte bekymring for sikkerheten rundt ham. Han sluttet å se på TV fordi han hadde vrangforestillinger om at det som ble vist var rettet mot ham selv. Han hørte stemmer og hadde et lavt stemningsleie med suicidale tanker.

På sykehuset kom han i gang med depotmedisinering og ble utskrevet til bofellesskapet. Han begynte på college igjen, men faren oppdaget snart at han ruset seg. Han ble svært tankeforstyrret og nå drakk han i tillegg mye. Klozapin (Lepone[®], Clozapin[®]) ble tilbudt, men han nektet å bruke det etter at han følte seg «fullstendig utslått» da han begynte med det første gang. En fjerde, kort innleggelse fulgte etter at venner hadde «plaget» ham. Han ble pågrepet mens han sprang rundt og skrek og truet naboene sine med en skrutrekker i hånden. Det ble rapportert fra en nabo at han brukte *crack*, kokain. Han truet også med å sette fyr på huset. Da han ble innlagt, var imidlertid rustesting negativ. Han forlot sykehuset brått, men ble sendt tilbake. Han ville ikke delta i et rehabiliteringsprogram, så han kom tilbake til bofellesskapet. Etter en alvorlig og stor overdose, som forkludret planene hans om å flytte til en mer uavhengig bosituasjon, ble innleggelse igjen nødvendig. Også denne gangen var testingen på illegal rus negativ. Det var på dette tidspunkt han ble henvist til behandling i form av kognitiv terapi. I løpet av en periode på seks måneder ble det utarbeidet en kasusformulering der han og behandleren så på hvilke omstendigheter som var til stede da han først utviklet symptomene, og når han hadde hatt tilbakefall. Dette har fore-

gått på en utforskende og ikke-fordømmende måte, der man har sett nærmere på grunnene til å ruse seg og på problemene misbruket har medført. En attribusjon av aktuelle symptomer tilbake til disse tidligere rusrelaterte episodene har gradvis blitt akseptert, og det er arbeidet videre med symptomene fra dette utgangspunktet. Dette blir beskrevet nærmere i senere kapitler i boken.

Traumatisk psykose

Posttraumatisk stresspsykose (traumatisk psykose) befinner seg på et kontinuum (en uavbrutt linje) fra emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse (BPD) til posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Traumatiske hendelser, spesielt seksuelt misbruk i barndommen eller tidlig voksenalder, synes relevante for de symptomene som viser seg (se Tabell 1-4). For eksempel kan stemmen som høres være overgriperens og ved svangerskapsavbrudd kan den tilhøre det «ufødte barnet». Disse stemmene blir psykotiske symptomer fordi de eksternaliseres og tillegges eksterne aktører, i motsetning til ved PTSD og BPD, der de blir gjenkjent av personen som fenomener som kommer innenfra. Diagnostiske psykotiske trekk, som tankekringkasting og paranoia, opptrer også, og på en slik måte at en diagnose for schizofreni er berettiget. Arbeidet med disse pasientene må omfatte både psykotiske symptomer (dvs. å lære å forstå stemmene) og arbeid med borderlinetrekk (dvs. impulsivitet, frykt for å bli forlatt, selvskading) eller posttraumatisk stress.

KLINISK EKSEMPEL TRAUMATISK PSYKOSE: GILLIAN

Gillian kom først til vanlig voksenpsykiatrisk behandling da hun var 31 år gammel. Hun ble tvangsinnlagt fra hjemmet i henhold til lov om psykisk helsevern og ved hjelp av politiet. På det tidspunktet var Gillian glorete kledd, med overdådige smykker og uanstendige klær, og sterkt sminket. Hun snakket om en «bionisk arm» som forårsaket problemene hennes hjemme. Undersøkelsen viste at hun hadde alvorlig alopesi (håravfall) på grunn av at hun vasket håret svært ofte, og dobbeltsidig konjunktivitt (øyebetennelse) på grunn av overdreven bruk av maskara. Det var tegn på affektiv, følelsesmessig inkongruens og en overdreven opptatthet av personlig hygiene. Det virket som om hun hele tiden ble forstyrret av hørselshallusinasjoner. Til tross for at hun var veldig nedtrykt og svært psykisk syk, ble hun vurdert som å ha liten risiko for suicid eller for å kunne bli voldelig mot andre. Det var klare tegn på et raskt fysisk forfall forårsaket av at hun var så veldig opptatt med sine psykotiske tanker.

Gillian hadde en normal fødsel, og hun utviklet seg også helt normalt i barneårene, selv om hun gradvis sakket akterut faglig i forhold til klassekameratene i barneskolen og trengte støtteundervisning. Til tross for dette gjorde hun det dårlig på prøver og eksamener, og skolepsykologen fant at hun hadde en innlærings- evne rundt nedre grense av det normale. Gillian tilbrakte nesten all tid sammen med familien. Faren var ufør med leddgikt, og Gillian brukte mye tid på å ta vare på ham helt frem til hans altfor tidlige død da hun bare var 22 år gammel. Gillians mor var en dominerende person som holdt familien samlet etter at mannen døde, og hun pleide å utføre de forskjellige arbeidsoppgavene i hjemmet med hjelp fra Gillian.

Tabell 1-4. Kjennetegn ved traumatisk psykose

-
- Hørselshallusinasjoner
 - Nedsettende, voldelig og/eller seksuelt innhold
 - Andre person («Du er [nedsettende bemerkning]»)
 - Befalende («Drep deg selv», «Drep barna dine»)
 - Opplevd som sjokkerende og fremmed
 - Repetitive og plagsomme
 - Varierende innsikt
 - Klandrer seg selv
 - Assosiert med
 - PTSD, særlig seksuelle overgrep
 - Depresjon; suicidale og depressive tanker
 - Overlapper med ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse
-

Gillian og moren var uatskillelige helt til moren brått døde av hjerteinfarkt da Gillian var 29 år gammel. Da moren døde, var to av brødrene og to søstre gift og bodde ikke lenger hjemme. Dette førte til at Gillian ble boende hjemme sammen med den eldste av brødrene, Jack, som var en storforbruker av alkohol. Jacks venner som kom hjem til dem for å drikke, oppførte seg uanstendig overfor Gillian og la igjen penger til Jack. Jack kjøpte smykker og upassende klær til Gillian, og han presset henne til å bruke sminke når drikkevennene kom hjem til dem. Gillian ble i praksis brukt som prostituert og utsatt for stadige seksuelle overgrep. Innledningsvis fikk hun angst og depresjon med tvangstanker og ritualer. Dette utviklet seg raskt videre til pseudohallusinasjoner og økende sosial tilbaketrekking.

Da Gillian kom i kontakt med psykisk helsevern, led hun så å si av sammenhengende hørselshallusinasjoner. Disse var i andre person entall og hadde befalende karakter. Innholdet kunne være: «Du er ubrukkelig», «få på deg sminken», «har du ikke bedre klær?», «du er ei hore», «du er skitten, vask håret ditt». Gillian trodde at stemmene sa sannheten, men hun visste ikke hva de egentlig var. Hun fortalte om forestillingsbilder og av og til synshallusinasjoner knyttet til opplevelsen av å høre stemmer.

Gillian hadde noe nytte av den antipsykotiske medikasjonen, men hallusinasjonene og de negative symptomene ble lite påvirket. Utredningen viste at når Gillian ble minnet på de tingene hun skulle gjøre, klarte hun å utføre mange forskjellige oppgaver. Hun ble henvist til kognitiv terapi med diagnosen schizofreni på grunn av manglende respons på standard behandling, inkludert antipsykotisk medisiner, ergoterapi og støtte fra sykepleier. Det ble bestemt at man først og fremst skulle forsøke med klozapin i seks måneder mens hun bodde i et rehabiliteringshjem. Atferdsterapi ble benyttet i denne perioden, i et forsøk på å redusere den gjentatte hårvaskingen og påføringen av sminke. Det var tegn på noe fremgang som et resultat av dette opplegget, men ved den neste evalueringen ble det bestemt at man skulle forsøke kognitiv terapi. Man ville se om Gillian kunne bli mer effektivt engasjert i å jobbe med symptomene sine på grunnlag av en gjen-sidig forstått kassusformulering. Arbeidet sammen med henne, og hennes fremgang, er beskrevet senere i boken.

Angstpsykose

Når angst (og noen ganger depresjon) øker, er det ofte en respons på stressende omstendigheter selv om det ofte ikke oppfattes på den måten (se Tabell 1-5). Et *stemningsleie av vrangforestillingsmessig karakter* kan utvikle seg. Det kan være en følelse av at noe spesielt kommer til å skje, noe som kan være åndelig, magisk eller parapsykologisk. Så kommer et tidspunkt, ofte helt plutselig, da pasientene opplever å ha en *klar visshet om hva som har skjedd med dem, og hvorfor de føler seg slik som de gjør*. De er ofte isolert og ute av stand til å sjekke slike bekymringer med noen de stoler på og som har synspunkter de respekterer. «Det er fordi jeg blir forgiftet av naboene mine; de har aldri likt meg», eller «Det er fordi jeg nedstammer fra dronningen av Skottland og alle er misunnelige på meg». Det kan også være andre symptomer som utvikler seg som en konsekvens av dette, men hovedtrekket er en svært sterk overbevisning om noe det ikke finnes bevis for. Selv om det kan være trekk ved denne overbevisningen som i seg selv stemmer overens med virkeligheten, eller i det minste er forståelige, støtter likevel ikke disse trekkene fullt ut opp under den konklusjonen som blir så sterkt fastholdt.

Tabell 1-5. Kjennetegn ved angstpsykose

-
- Start
 - akutt: bygger seg opp over få dager eller uker
 - generelt senere i livet: sent i 20-årene og videre
 - Stressrelatert (for eksempel arbeidspress)
 - Angsten lindres av at det utkrystalliserer seg en *meningsfylt* forklaring på plagsomme følelser
 - vrangforestillinger i forhold til sanseinntrykk eller konklusjoner (for eksempel: «Naboene er ansvarlige», eller «Jeg blir forfulgt fordi jeg er blitt sendt for å redde dem»)
 - Isolasjon er vanlig
 - geografisk (bor alene, eller arbeider borte fra hjemmet)
 - interpersonlig (for eksempel relasjoner til andre blir brutt)
 - Vanligvis er vrangforestillinger til stede, de kan være grandiose eller av forfølgelsestype, og de utvikler seg til et system av vrangforestillinger
 - Ytterligere episoder som respons på stress
-

KLINISK EKSEMPEL ANGSTPSYKOSE: PAUL

Paul ble undersøkt på et hjemmebesøk etter en øyeblikkelig hjelp-henvisning fra fastlegen. På dette tidspunktet var han 28 år gammel. Foreldrene, den ene dommer og den andre advokat, var bekymret for hans forverring i løpet av de siste ti dagene. De hadde lagt merke til at han hadde virket oppskaket noen uker tidligere da han hadde funnet ut at ekskjæresten nylig hadde forlovet seg og skulle gifte seg. Etter dette hadde han hatt det vanskelig. Han hadde søkt på mange jobber, men med svært lite hell. Han hadde utdannelse fra et kunstakademi, men det hadde ikke gitt ham de muligheter til jobb han hadde håpet på.

Til tross for disse problemene hadde han virket helt frisk inntil ti dager før henvisningen. På det tidspunktet hadde den eldre broren hans fortalt familien at han hadde blitt forfremmet til en lederstilling i et elektronikkfirma. Dette hadde tilsynelatende utløst en angstreaksjon hos Paul, noe som førte til søvnproblemer og be-

kymringer. I de siste 72 timene før han ble henvist, ble det rapportert at han hadde ekstrem angst med hjertebank, mageproblemer og skjelving. Han ble stadig blekere, vaktstom, tankeforstyrret og perpleks, og dette kulminerte med en periode på 48 timer med nesten total søvnløshet. Han sa han trodde at han kunne komme til å bytte kjønn siden han tidligere hadde hatt glede av å kle seg i dameklær.

Han hadde ikke tidligere brukt stoff, og der var ingen psykisk sykdom i familien. Der var ingen fødselstraumer eller utviklingsproblemer, men hans yngre bror (Robert) hadde blitt satt i fosterhjem som baby da Paul var tre år gammel. Han sa at dette var «en familiehommelighet som ingen snakket om». Paul hadde gjort det rimelig godt på videregående skole og siden på college.

Etter innleggelse på den psykiatriske avdelingen sa han at det hadde blitt laget en video av ham da han kledde seg som dame i en butikk, og at han trodde at videoen kom til å bli brukt for å skade ham på en eller annen måte. Etter som han gradvis roet seg ned, sa han at han trodde at han holdt på å bli kvinne. Han antydte at videoen hadde inneholdt opplysninger som varslet om massakren ved Dunblane (en hendelse der mange barn på en skole hadde blitt skutt noen måneder tidligere). Han trodde videoen hadde lagt ideen om å drepe skolebarna inn i hjernen til morderen. Følgelig trodde han at det var han som skulle anklages for barnas død, og at han om kort tid ville bli arrestert av politiet og deretter fengslet og bakvasket. Han trodde også at han hadde skrevet noen populære sanger som hadde blitt stjålet av den aktuelle artisten, som på en eller annen måte skulle hadde hørt innholdet på tapen.

Vrangforestillingssystemet hans viste seg ikke å bli påvirket av antipsykotisk medikasjon, selv om det hadde vært umulig å håndtere atferden hans uten. Det var bekymring for at han hadde tenkt å begå selvmord, så sterkt var han plaget av den forestående «rettssaken» som han var overbevist om at ville komme. Ved hjelp av medisineringen hadde tankeforstyrrelsene, forvirringen og de alvorlige somatiske angstsymptomene roet seg, men vrangforestillingssystemet dominerte livet hans på en slik måte at livskvaliteten ble sterkt forringet. I denne situasjonen med behandlingsresistente systematiserte vrangforestillinger med mulig suicidalfare, ble han henvist til kognitiv terapi.

Andre mulige undergrupper

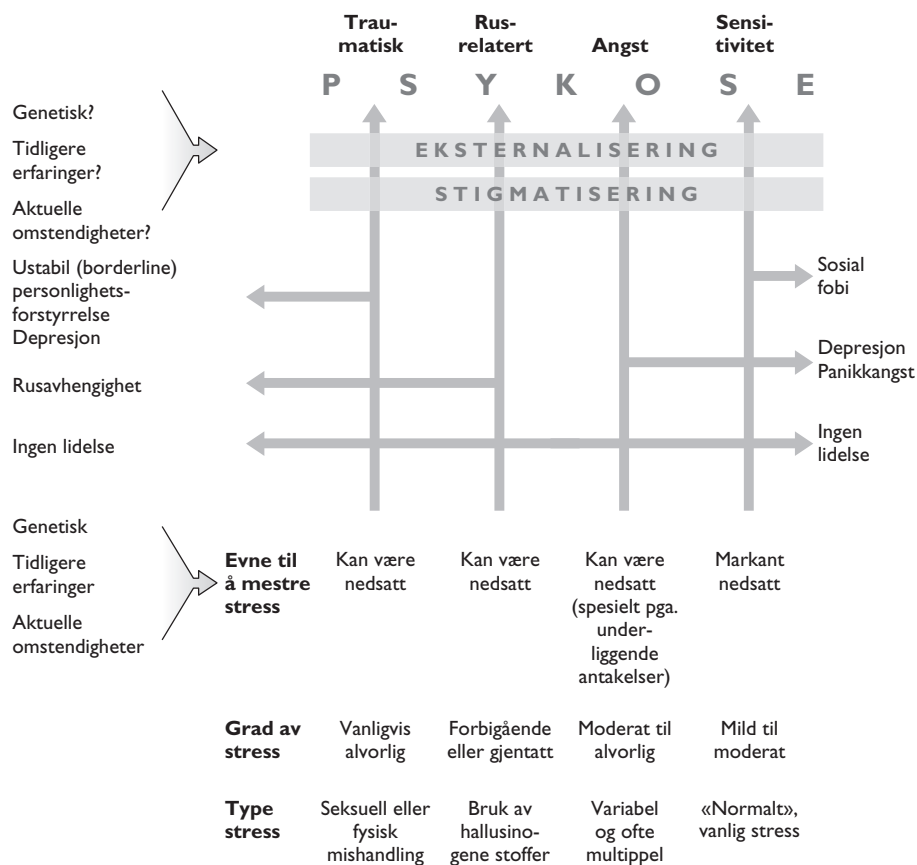
Det kan finnes andre kliniske grupper, og noen personer kan muligens oppfylle kriteriene til flere enn en kategori, men vanligvis vil mennesker med en generell schizofrenidiagnose passe inn i en av de kategoriene som er nevnt i det foregående. Vi finner disse kategoriene nyttige både i vurderingen av ulike behandlingsopplegg, og som begreper som er mye mer akseptable for pasientene enn *schizofreni*, fordi de gir mer fullstendige eller nøyaktige beskrivelser av pasientenes problemer. Begrepet *psykose* kan noen ganger være vanskelig for folk å forholde seg til fordi det kan oppfattes som stigmatiserende. Men dersom en erstatter det med begrepene *lidelse* eller *problem* (for eksempel sensitivitetslidelse eller alvorlig angstlidelse), er dette ofte et akseptabelt alternativ for mennesker som selv opplever disse problemene. Å forhandle med personene om det språket vi bruker kan forbedre kommunikasjonen, engasjementet og etter hvert den gjensidige forståelsen.

Mulige mekanismer for utviklingen av undergruppene er vist i Figur 1-1. For hver gruppe vil det forventes å være ulikheter når det gjelder sårbarhets- og stressfaktorer.

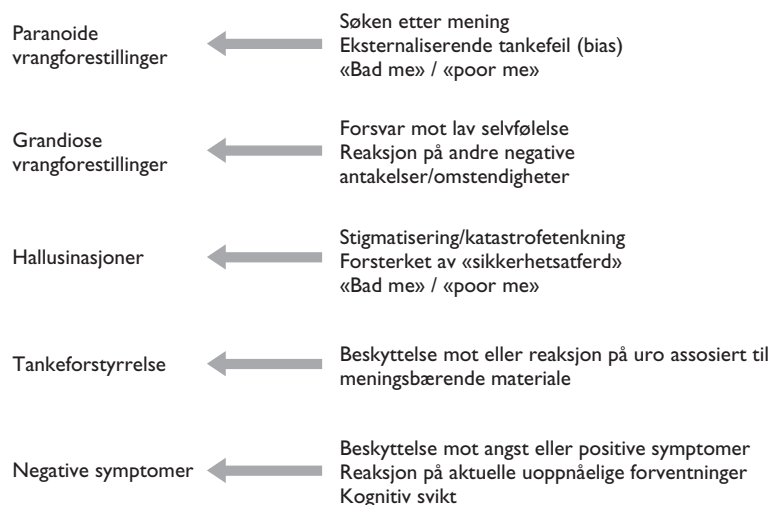
Disse variasjonene har også innflytelse på om personen utvikler schizofreni eller andre sykdommer, for eksempel depresjon, ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelser rusavhengighet eller ingen lidelse overhodet. Stigmatisering vil ha en forsterkende effekt og en tendens til en eksternaliserende tankefeil (bias), som definerer psykose, må være til stede. Det dreier seg om attribusjonsopplevelser, dvs. at stemmer eller ting som oppleves av personen attribueres – eller tilskrives – å komme fra andre mennesker.

FORSTÅELSE AV SYMPTOMER VED SCHIZOFRENI

Innflytelsesrike psykopatologer, som Jaspers (1963), har beskrevet symptomer ved schizofreni som *uforståelige*, men erfaring og forskning har siden den tid gjort dem mye mer forståelige. Den kognitive modellen, som er utviklet for å forstå vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og negative symptomer, er diskutert her og oppsummert i Figur 1-2. En del av prosessen for å utvikle en kaususformulering består i at det utvikles en spesifikk forståelse av det enkelte tilfellet, med årsaker, funksjon, betydning og de faktorene som opprettholder symptomene.



Figur 1-1. Teoretisk modell av undergrupper



Figur 1-2. Symptomatiske forklaringer

Vrangforestillinger

Vrangforestillinger inkludert hallusinasjoner utgjør kjernen i de psykotiske symptomene fordi det er selve antakelsen om tilstedeværelsen av stemmer, visjoner og liknende fenomener som er av avgjørende betydning fremfor opplevelsen av fenomenene i seg selv (se under). På liknende vis kan tankepåvirkning og passivitetsopplevelser (behandlet i kap. 11) begge sies å være spesielle former for vrangforestillinger. Begrepet *vrangforestilling* brukes som en forkortelse for fastholdte antakelser som plager personen, eller som forstyrrer hans eller hennes liv gjennom å påvirke viktige relasjoner til andre mennesker. Ifølge faglitteraturen vil begrepet vrangforestillinger i tillegg omfatte oppfatninger som ikke er nøyaktige, er irrasjonelle, ikke påvirkelige av fornuft og inkonsistente i forhold til individets kultur. Vi vil hevde at kategoriske slutninger fra behandlerens side om unøyaktighet, irrasjonalitet og kulturell inkonsistens rundt disse begrepene er problematisk. I denne boken hevder vi ikke at sterke antakelser, samme hvor merkelige de kan synes, er uriktige, heller ikke at det er nødvendig å forandre dem, men derimot at de trenger å bli forstått, og at konsekvensene av dem må utforskes. Et eksempel der dette var relevant, handlet om en kvinne som hadde blitt innlagt med paranoide *vrangforestillinger*. Disse dreide seg om hennes mann, som hun anklaget for å prøve å drepe henne. Familien hennes benektet dette, og hennes mann virket tilforlatelig og syntes å være svært bekymret for henne. Til slutt aksepterte hun medikasjon og reiste hjem igjen, bare for å bli lagt inn på sykehus noen få måneder senere, som et resultat av fastlegens bekymringer. Undersøkelser viste at hun virkelig var blitt forgiftet. Ektemannen ble arrestert og senere dømt for drapsforsøk. Mens slike omstendigheter er sjeldne, har mye mer vanlige bisarre eller tilsynelatende uriktige oppfatninger ofte noe sant ved seg, i det minste vil begrundelsene for hvorfor vedkommende trodde på dem, bli klarere etter hvert som vurderingen og terapien fortsetter.

Hovedpunkter i kartlegging og forståelse av vrangforestillinger innbefatter:

- *Styrke*: Hvor sterkt fastholdes antakelsen?
- *Kontekst*: Hvor relatert er dette til personens situasjon?
- *Opptatthet*: Hvor mye tid bruker personen til å tenke på opplevelsen?
- *Sannsynlighet*: Hvor forståelig er antakelsen?
- *Personalisering*: I hvilken grad relaterer personen en opplevelse eller erfaring til seg selv?

Årsakene til utvikling av vrangforestillinger er mange. De likner på årsakene som ligger til grunn for enhver fast antakelse. Slike vrangforestillinger kan for eksempel forklare situasjoner eller relasjoner som er forvirrende for personen, og skape orden og mening i hans eller hennes liv. De kan forventes å være konsistente med personens tanker om selvet. Sosiale og kulturelle vurderinger kan ha stor innflytelse på utviklingen av vrangforestillinger, og behovet for å bli akseptert av familie og jevnaldrende kan også påvirke antakelsene. Det kan være at grandiose forestillinger i forhold til en selv, som å ha spesiell makt eller posisjon som kongelig eller guddommelig, kompenserer for en følelse av ikke å bli respektert og leder til et behov for å imponere. Men dette mangler det ennå tilstrekkelig dokumentasjon for. Paranoide antakelser kan være relatert til et spesielt stemningsleie som de vanligvis hører sammen med, for eksempel depresjon. De kan forklare omstendigheter som virker urettferdige, for eksempel å miste jobben, og muligens tillate personen alternative forklaringer i stedet for en som tillegger ansvaret for hendelsen til en selv, som fravær fra jobben, eller til tilfeldige omstendigheter (for eksempel at det ikke lenger er behov for personens fagkunnskap på grunn av endringer i markedsforholdene).

Det viktigste er at kasusformuleringen av personens livssituasjon og symptomer, med spesiell vekt på den innledende episoden, gjør det mulig å finne mening i vrangforestillingene. Dette gjelder spesielt i de tilfeller hvor vrangforestillingene er fastlåste og få i antall, eller der de utgjør deler av et system av vrangforestillinger. Til tider kan vrangforestillingene være flyktige og fastholdt med mindre styrke, spesielt i tilfeller hvor personen er svært psykotisk. Disse vrangforestillingene kan være mindre meningsfulle, men til og med disse gjenspeiler ofte personens aktuelle og tidligere opplevelser.

Hallusinasjoner

Den kognitive modellen forstår hallusinasjoner som personens egne tanker som for vedkommende selv synes å komme *utenfra*. Den relevante oppfatningen hos personen er derfor at interne tanker er eksternt genererte fenomener. Tradisjonelt har de blitt definert som livaktige opplevelser med kvaliteter av ytre virkelighet, som er oppstått uten at det foreligger et ytre stimulus i sanseapparatet. Hørselshallusinasjoner, synshallusinasjoner og somatiske hallusinasjoner er derfor fullstendig indre kognitive fenomener som fremkaller kraftige affektive og atferdsmessige reaksjoner, siden de har alle de virkninger som virkelige ytre hendelser har. Antakelsen om hallusinasjonene er fundamental. Dersom personen ikke anerkjenner at tankene stammer fra hans eller hennes eget hode eller hjerne, noe som er helt naturlig gitt den overbevisende karakteren av opplevelsen, kan dette være forvirrende og ofte plag-

somt. En målsetting med arbeidet for å oppnå *innsikt* vil vanligvis være å hjelpe personen med å utforske alternativer til denne antakelsen.

Stemmer er den mest vanlige formen for hallusinasjoner. De er som oftest ubehagelige, og personen blir plaget av dem. En vidt utbredt oppfatning er at stemmer er et patologisk fenomen. Dette gjelder ikke bare blant psykiatere, psykologer og andre psykiske helsearbeidere, men særlig blant befolkningen generelt. Gjennom arbeidene til Marius Romme (Romme & Escher 1989) og videre gjennom *Hearing Voices Network* er det blitt stadig klarere at dette som regel og i beste fall er en forenklet oppfatning av fenomenet stemmer, og i verste fall en feilaktig forståelse. Disse forskerne har vist at mange mennesker hører stemmer som de setter pris på og opplever som positive. For eksempel hørte en ganske isolert pasient stemmene til to damer som skravlet med ham, noe han beskrev som å være et veldig godt selskap. Andre kan være ambivalente til stemmene; stemmene kan noen ganger ha positive og andre ganger negative tillagte egenskaper. De som kommer i kontakt med psykiatrien, har uten tvil en større sannsynlighet for å oppleve negative virkninger av stemmene, men til og med når virkningen hovedsakelig er negativ, kan en positiv effekt likevel være til stede. Det er viktig å forstå personens egen oppfatning av stemmene og hvilken virkning de har på ham eller henne, i stedet for å anta at de kun er negative. Dette gjelder til og med der hvor symptomene er preget av nedsettende og ubehagelige stemmer. Noen ganger forteller pasientene om en økt ensomhet og tomhet når stemmene avtar, fordi så mye av tiden deres tidligere gikk med til å bekjempe dem. Dette er et problem som fortjener særskilt oppmerksomhet, selv om det vanligvis ikke i seg selv er en grunn til ikke å arbeide med stemmene.

Mange mennesker opplever funksjonelle, det vil si psykologisk betingede, hallusinasjoner hvor den hallusinatoriske opplevelsen er utløst av andre sanseintrykk. Et eksempel på dette kunne være en person som utviklet anklagende hørselshallusinasjoner når trafikkstøyen ble sterkere i rushtiden. I dette tilfellet ble det enighet om at den som hadde hovedansvaret for pasienten skulle ringe en lokal håndverker for å få satt inn doble vinduer. Tiltaket var svært effektivt. Denne typen enkle intervensjoner i nærmiljøet blir kanskje aldri vurdert fordi fagfolk i det psykiske helsevern ofte ikke tror at slike symptomer i det hele tatt kan påvirkes av så enkle intervensjoner. Siden utredninger ofte er noe begrenset på grunn av mangel på tid, vil slike utløsende faktorer som rushtrafikk aldri bli identifisert, og intervensjoner blir derfor heller ikke foreslått eller prøvd ut. Mange mennesker hallusinerer også i nærvær av *hvit støy* – bakgrunnsstøy. For eksempel utviklet en person en merkbar forverring av hallusinasjonene når hun hørte en summende lyd fra leiligheten under. Dette viste seg å komme fra tørketrommelen til naboen. Naboen syntes det var helt greit å legge litt skumgummi under tørketrommelen for å minke støyen. Slike enkle intervensjoner er ofte mulige, og hvis de virker, vil de gi pasienten positive opplevelser som gjør det mulig å fortsette terapien selv om også andre tiltak er nødvendige. De oppmuntret personen til et videre engasjement i forhold til det å kunne fokusere og arbeide med de stemmene de hører, og videreutvikle omfanget og forståelsen av ulike mestingsstrategier. Personen vil trolig ikke beskjefte seg med stemmene på en så konstruktiv måte uten veiledning fra en behandler. Et engasjement i forhold til de psykotiske symptomene fra en psykiater, psykolog, psykiatrisk sykepleier, ergoterapeut eller sosionom vil ofte tillate personen å komme ut av en stigmatisert tilbaketrekking og begynne å ta noe kontroll over opplevelsene.

Hallusinasjoner er interessante i kognitiv sammenheng, både i forhold til deres form og innhold. Definert i forhold til form er de diagnostiske hallusinasjonene ved schizofreni tredjepersonshallusinasjoner, en løpende kommentar til personens handlinger, og tankeekko. Slike symptomer er ofte *repetisjoner* av situasjoner som har skjedd tidligere eller av ting som faktisk er sagt, vanligvis under vanskelige eller stressende omstendigheter. Tredjepersonsstemmer og løpende kommentarer kan likne på familiediskusjoner, for eksempel: «Du vet, det er ikke mye tak i ham», «Nå reiser han sin kos, igjen». Tankeekko er personens egne tanker, men eksternalisert. Slike symptomer kan virke svært like symptomene ved tvangslidelser (legg merke til likhetene og forskjellene i definisjonen av tvangstanker under).

En definisjon av tvangstanker (sammenliknet med hallusinasjoner):

- Ideer, tanker eller bilder som kommer ufrivillig (*som hallusinasjoner*)
- Stadig tilbakevendende og vedvarende, opplevd som meningsløse og avskyelige (*i likhet med noen hallusinasjoner*)
- Gjenkjent som et produkt fra personens egen psyke (*ulikt hallusinasjoner*)

Tredjepersonshallusinasjoner eller stemmer dreier seg om de samme temaene som tvangstanker (vold, kontroll, religion, seksualitet, renslighet). Det kan føre til et behov for å motstå slike temaer ved psykologisk å ikke vedkjenne seg dem. Noen ganger kan de løpende kommentarene forstås som en forlengelse av tvangspreget ambivalens og tankeekko av den tvangspregete frykten for at andre vil være i stand til å avsløre personens skammelige og plagsomme tanker.

Mangelen på evnen til å gjenkjenne hallusinasjoner som ens egne tanker definerer forskjellen mellom tvangstanker og hallusinasjoner, selv om de to i praksis representerer et kontinuum, dvs. et sammenhengende hele. Denne gruppen hallusinasjoner overlapper derfor med tvangstanker og kan ses som liggende på samme spekter som symptomene ved tvangslidelse. Hvis dette er tilfellet, kan vi forvente at det vil være nyttig å jobbe med normalisering, eksponeringsteknikker og med relaterte skjemaer (*leveregler*), dvs. kontroll, ansvarlighet, forbindelsen tanke–handling, og perfektjonisme. Dette er teknikker som ofte brukes i arbeid med hallusinasjoner ved schizofreni.

Noen hallusinasjoner som opptrer ved schizofreni har ingen diagnostiske implikasjoner selv om de forekommer ofte. Eksempler på dette er andrepersonshallusinasjoner, imperative eller kommanderende hallusinasjoner. Disse har ofte sammenheng med dannelsen av visuelle forestillingsbilder og noen ganger visuelle hallusinasjoner. Det kan se ut som om de danner en separat gruppe hallusinasjonsopplevelser som ofte opptrer i forbindelse med traumer. I tilfeller hvor kvinner opplever hallusinasjoner over lengre tid, har omtrent to tredjedeler av dem fortalt at de har vært utsatt for seksuelle overgrep. Disse hallusinasjonene er oftest nedverdiggende og nedsettende og kommenterer verdiløsheten til personen, eller er forbundet med seksuelle forhold (ofte påstått homoseksualitet, pedofili eller prostitusjon). Stemmen befaler at det utføres handlinger som ofte er selvskadende. Stemmen minner ofte om overgriperens, og det kan opptre tilknyttede somatiske hallusinasjoner (følelser av å bli berørt, ofte intimt) og olfaktoriske hallusinasjoner (assosiert til ulike typer lukt). I slike tilfeller er det oftest mest hensiktsmessig å oppfatte og diskutere hallusinasjonene som en form for flashback. De tilhørende følelsene er ofte en høy grad av uro

eller varierende grader av ubehag og depresjon. I slike tilfeller kan diagnosen emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse også settes, men personen har i tillegg psykotiske symptomer, det vil si at hans eller hennes opplevelser kan inkludere det å høre stemmer eller tankeforstyrrelse.

Tankeforstyrrelser

Formelle tankeforstyrrelser kan være fascinerende. De tillater oss å utforske språkets rikdom og de bemerkelsesverdige måtene mennesker kan kombinere komponenter på for å forme nye ord og uttrykk, men de kan også frustrere både deg og den som snakker til deg. Innholdet i tankeforstyrret tale kan være svært poetisk, eller det kan lyde som bare babbel og synes helt meningsløst.

Den kognitive modellen for tankeforstyrrelse ser egentlig på selve dette begrepet som en misvisende betegnelse. Det som vanligvis presenteres for oss, er ikke direkte tanker, men særegen tale. I stedet for å betegne det som en tankeforstyrrelse, kan vi heller snakke om en forstyrrelse i kommunikasjonen. Ofte strever personen med å kommunisere, men klarer det knapt. Tankene som ligger til grunn for samtalen (eller i det minste det de prøver å formidle), kan være logiske (i det øyeblikk de blir forstått), men måten de uttrykkes på virker ulogisk. Personen kan snakke veldig fort med innskutte temaer. Vedkommende kan bruke ord som de fleste bruker med en svært annen betydning, eller ord som er avledet av andre ord. Vedkommende kan enten bruke uvanlige grammatiske regler, eller sammensatte ord oppfunnet av deler av ord eller hele ord som brukes i vanlig samtale. Derfor skjer det ofte at familie eller helsepersonell gir opp personen, eller gjør narr av eller spøker med vedkommende. Dette kan medføre at de i årenes løp får lite veiledning eller respons som kunne ha hjulpet dem til å modifisere seg og forklare hva de egentlig mener. På den annen side kan det virke som om de ikke kommuniserer noe særlig i det hele tatt, eller bare er repeterende, med *lavt meningsinnhold*, som det ofte står i journalene. Dette kan skyldes en mangel på tanker, en følelse av demoralisering eller bare mangel på noe særlig å si på grunn av de sosiale omstendighetene og det stimulifattige miljøet rundt dem.

Mennesker med aktiv tankeforstyrrelse, inkludert løs og springende tenkning, sammenblanding av temaer og neologismer (nydannede ord) blir som regel veldig oppskaket av spesielle bekymringer (Harrow & Prosen 1978). De kan ha store problemer med å diskutere disse problemene, og etter hvert som de kommer nærmere en diskusjon av dem og blir mer opphisset, blir tankeforstyrrelsene større og større og forstyrrer kommunikasjonen. En rolig og tålmodig tilnærming kan gjøre en oppklaring lettere. Det kan være et sentralt tema som driver frem den manglende organiseringen av tankene. Dersom personen kan få hjelp til å fokusere på dette gjennom å kjede tankene sammen (thought linkage) og bruke forklaringer, kan man oppnå en mer sammenhengende tale. Ved å spørre personen vennlig og gjentakende om hvordan han eller hun kom fra X til Z, begynner personen å forklare Y, som binder dem sammen. På liknende vis stiller man spørsmål ved neologismer når de blir brukt, og man ber om forklaringer på dem. Det underliggende, drivende temaet har vanligvis med trusler, frykt eller ubehag å gjøre. Med en gang dette blir identifisert, kan fokus på relevante hendelser og overbevisninger muliggjøre en reduksjon av uroen og skape mer sammenheng i talen. De underliggende opplevde farene og truslene har

ofte blitt misoppfattet eller forstørret og kan gradvis korrigeres gjennom terapi (Turkington & Kingdon 1991).

Negative symptomer

Begrepet *negative symptomer* er i seg selv nedslående selv om det overflatisk sett er korrekt. Hva slags symptomer er det snakk om? De er ment å beskrive *fravær* av uttrykk, fremdrift, følelser og tanke. Men skinnen bedrar, her som andre steder. Under overflaten kan mye skje i form av refleksjoner og observasjoner. Et vesentlig mål med behandlingen er å frigjøre den energi og det potensial som kan ligge der, undertrykt. Alle disse symptomene har kognitive eller atferdsmessige komponenter og er derfor potensielt påvirkbare av kognitive eller atferdstilnæringer. En nøyaktig kartlegging av disse symptomene er til hjelp under utarbeidelsen av en individuell behandlingsplan basert på den individuelle kaususformuleringen. Hvert av disse symptomene kan være forståelige, noe som forklares i det følgende.

Følelsesmessig avflatning

Følelsesmessig avflatning innebærer vanskeligheter med å kommunisere emosjoner, eller vansker med å uttrykke følelser gjennom ansiktsuttrykk og stemmeleie. Det er verdt å utforske sammen med personen hvorfor han eller hun ser ut til å ha slike problemer. Det finnes en hel rekke mulige forklaringer, men det er klokt å bli kjent med den enkeltes egen vurdering av problemet. Du bør tilnærme deg problemet med forsiktighet, for personen har kanskje ikke tidligere forstått at det var på denne måten han eller hun ble oppfattet, og dette kan muligens underminere vedkommendes sosiale sikkerhet. Følelsesmessig avflatning kan være biologisk betinget, på samme måte som andre symptomer, og i et slikt tilfelle kan det å streve etter endring vise seg å være ineffektivt. Men det finnes også mulige psykososiale årsaksfaktorer.

Det kan være at personen virkelig er *i sjokk*. Dette kan være relatert til tidligere traumatiske opplevelser som vedkommende ikke har arbeidet seg gjennom, for eksempel tap av nære personer. Alternativt kan det være en tillært atferd tilpasset de omstendighetene personen er vokst opp under. Hvis for eksempel visse følelser (gråt eller uenighet) ikke var akseptable, men ble straffet eller utløste overgrep, noe som er tilfelle i enkelte familier og kulturer, kunne fravær av reaksjon, altså en følelsesmessig avflatning, være en naturlig reaksjon. Når foreldrene til mennesker med schizofreni eller personen selv har hatt vanskelige oppvekstvilkår med fattigdom, gjentatte tap av nære relasjoner eller andre traumatiske opplevelser, kan følelsesmessig avflatning være en forståelig reaksjon.

Følelsesmessig avflatning kan være en direkte reaksjon på undertrykkende og nedsettende stemmer eller tanker. Det *frosne* uttrykket, en *front* mot verden, kan være et forsøk på å mestre tilsynelatende overveldende problemer. Depresjon vil i seg selv gi affektiv avflatning, som en komponent i en bred depressiv symptomatologi. Medisinering kan også bidra i dette bildet. Parkinsonsliknende symptomer kan være forårsaket av antipsykotiske medikamenter, spesielt de eldre, *typiske*, førstegenerasjonsmedisinene, men også de nyere andregenerasjonsmedisinene i høye doser.

Disse symptomene viser seg på mange og ofte utydelige måter, men en reduksjon i følelsesmessig uttrykk er en bivirkning man spesielt lett ser.

Alogi

Hva er alogi? Det blir beskrevet som en treghet i å gi svar, der mengde og innhold av talen er begrenset eller avbrutt. Men er dette mangel på tanker, eller er det heller vansker med å kommunisere dem? Hvordan kan vi vite hva andre tenker? Funn fra nevropsykologisk testing kan tyde på at kognitiv svikt kan ligge bak disse symptomene. Men noen ganger kan en svikt i evnen til å uttrykke seg ha psykososiale årsaker. En reaksjon på kritikk, virkelig eller følt, kan være å *holde kjeft*. Selv om dette kan ha begynt som en reaksjon på en enkelt person, en lærer, en dominerende sjef eller et familiemedlem, kan det bli generalisert og forsterket av omstendighetene. Angst og opplevelse av press kan i høyeste grad hindre kommunikasjon, forårsake avbrytelser og til og med føre til fullstendig opphør av tanker (*tankeblokk*). Et par pinlige episoder der personen *holder munn* og er ute av stand til å fortsette, kan gjøre stor skade på selvtilliten og kan bidra til tydelig alogi.

Avolisjon

Mangel på energi og motivasjon er muligens det mest hemmende av alle symptomer assosiert med schizofreni. På engelsk har man et uttrykk som heter: «My get up and go has got up and gone.» Det er opplagt også et av de mest frustrerende symptomene. Personen virker *lat, doven, kommer aldri til å bli noe i livet*, mens en kanskje bedre beskrivelse er at vedkommende har *gått i stå*. Stress kan skade oppmerksomhets- og konsentrasjonsevnen, og jo mer personen anstrenger seg, desto større press føler vedkommende, og desto dårligere blir oppmerksomheten og konsentrasjonen. Svekket oppmerksomhet fører til vanskeligheter med å huske hva som er blitt sagt, og når det er behov for å huske noe, for eksempel å utføre en ny oppgave, er ikke dette mulig. Positive symptomer kan også utvikle seg og forverre problemet. Svært ofte ser det ut til at en mangel på anstrengelser er hovedproblemet på det nåværende tidspunkt, men slik har det nødvendigvis ikke alltid vært. Mennesker med avolisjon kan ha et bredt spekter av ferdigheter og prestasjoner, men hva de har prestert tidligere, er ofte ikke tema i den aktuelle situasjonen. Et fall i prestasjonsnivå er vanlig, og en påfølgende samtale om dette vil ofte fokusere på det å ikke ha oppnådd de forventede resultatene, og det øker det presset og den angsten personen allerede opplever rundt dette. En ond sirkel utvikler seg, der personene er mindre i stand til å fullføre oppgaver med et godt resultat jo mer de prøver. De blir så enda mer frustrert og demoralisert. Siden de gang på gang opplever å mislykkes, mister de håpet om å kunne lykkes i fremtiden, og gradvis prøver de mindre og mindre. Andre rundt dem kan bidra med en oppmuntring som i virkeligheten manifesterer seg som et press. Samfunnet kan også øke presset i forhold til det å få seg jobb, en partner og familie. For mange mennesker med schizofreni er dette ikke et umulig langsiktig mål, men det *er* et kortsiktig mareritt.

For noen få mennesker med schizofreni kan det å få seg en jobb eller en partner være urealistisk til og med på lang sikt. Dette avhenger av deres generelle funksjonsnivå og gjelder spesielt for dem med intellektuelle evner i nedre grense av det nor-

male. Dersom de bare var litt mindre funksjonsdyktige, ville de sluppet slike krav siden deres omgivelser da ville vurdert dem som å være intellektuelt og psykisk svekket eller ha en nedsatt læringsevne. Dersom de hadde disse problemene, ville de ha fått spesialundervisning og annen støtte. I slike tilfeller vil det å få seg en jobb og alt det andre bli betraktet som en prestasjon i seg selv, men da mer som en bonus enn oppfyllelsen av en forventning. Men fordi noen mennesker med schizofreni og begrenset fungering har greid å kjempe seg gjennom vanlig skolegang, kan forventningene til videre prestasjon være urealistisk høye. Målene må revideres, og ett etter ett tilpasses på et individuelt grunnlag.

Anhedoni

Hva dreier anhedoni seg om? Det betegner en følelse av tomhet og redusert interesse i aktiviteter og relasjoner. Det atskiller seg fra depresjon og er derfor betraktet som et negativt symptom i stedet for et primært affektivt symptom. Men slike grenser er ikke lette å trekke. Det er ikke det samme som følelsesmessig avflatning, selv om man ville forvente en forbindelse mellom disse to symptomene. Det kan være knyttet til demoralisering, håpløshet eller en nummenhetsfølelse. På grunn av en potensiell overlapping med depresjon blir det av mange forskere sett på som ikke å være et negativt *kjernesymptom*. Depresjon og muligens anhedoni er svært forståelige ved en sykdom med et så stigmatiserende rykte, og som er karakterisert av så smertefulle og hemmende virkninger.

Oppmerksomhetssvikt

Det fins åpenbart godt forskningsmessig belegg for en påstand om svekket oppmerksomhet og konsentrasjon ved schizofreni. Enhver som bruker mer enn noen få minutter sammen med noen som går gjennom en akutt episode av schizofreni, vil legge merke til at terapeuten ofte funksjonelt sett arbeider alene fordi pasientens bevissthet befinner seg et annet sted. Er dette på grunn av nevrologiske forstyrrelser i hjernen? Kanskje. Det finnes i alle fall godt belegg for at personer med schizofreni gjør det dårligere på nevropsykologisk testing enn vanlige kontrollgrupper. Slik påvist svikt innbefatter virkninger på eksekutive funksjoner, oppmerksomhet og på den globale og spatielle arbeidshukommelsen. Kognitiv svikt sier noe om hvordan det vil gå på lang sikt, og kan være den viktigste predikatoren for senere arbeidsevne. Det er også viktig å ta med i betraktning den ledsagende opptattheten med hallusinasjoner og den distraksjonen dette forårsaker, spesielt når hallusinasjonene er livaktige og påtrengende. Opptatthet, avledning og distraksjon kan også komme fra andre typer tanker, som vrangforestillinger eller tvangstanker, eller bare tanker som er svært plagsomme eller til og med interessante for personen. Det er klart at dersom du tror at politiet kommer for å hente deg, eller at verden snart går under, er det ganske sannsynlig at hjernen din er opptatt med dette i stedet for med terapi, utredning eller psykometrisk testing. Det er mulig at jo mer personen prøver å være til stede, desto mer kan overstimulering både bidra til og øke hans eller hennes oppmerksomhetssvikt, det vil si at tanker om tankene blander seg enda mer inn, for eksempel: «Så ubrukelig jeg er!»

Sosial tilbaketrekking

Tilbaketrekking kan være en måte å mestre overstimulering på. Sosial overstimulering kan være en spesielt skadelig kilde til stress. Det kan være nødvendig å redusere mengden av stress, eller å øke kapasiteten til å mestre stress, før et direkte arbeid med den sosiale tilbaketrekkingen kan begynne.

Den kognitive modellen for negative symptomer, basert på disse måtene å forstå negative symptomer på, innbefatter en overveielse av de beskyttende funksjonene som disse kan ha. Man legger vekt på hvordan de kan være en respons på aktuelle, uoppnåelige forventninger, så vel som resultater av overstimulering (for eksempel konsentrasjonsvansker) hos en person som kan ha en biologisk sårbarhet overfor stress. Dette er diskutert videre i kapittel 12.