

Psykologien og den psykiatriske behandling for skizofreni

Psykologers tanker om en integrativ behandling

Rapportens samlede
antal tegn: 191.975

Svarende til antal
normalsider: 79,98

Anders Ejstrup Hedegaard
Studienummer: 20145401

**Kandidaten i Psykologi:
Kandidatspeciale**

**Aalborg Universitet
27. September 2019**

Vejleder: Bo Møhl

Abstract

Background: The psychiatric treatment of schizophrenia in Danish psychiatry is one of the greatest tasks of public mental health. Each year thousands of people suffer the devastating consequences of a schizophrenia, which is affecting social, cognitive and psychological aspects of the life of the inflicted. The author of this thesis has himself been an intern on a danish psych ward working with psychotic patients, in which he experienced the massive pressure on the professionals to discharge patients efficiently and at a high rate, in which the psychological aspects of the treatment can take its toll. Schizophrenia is a very complex and still not fully understood disease concerning bio-psycho-social aspects of both treatment and the development of the disease, and the aetiology is still not specifically known, other than having a genetic compound to which environmental factors play a major role.

Aims: This thesis tends to investigate what role psychology has in the psychiatric treatment of schizophrenia patients, and how the psychologist can help secure the good treatment of the individual patients. This explorative study will be based on four interviews with psychologists, who are questioned about their experiences, thoughts on the matter and their approach to treating schizophrenia. To do this the development of modern day psychiatric practice and two psychological models for understanding the haunting psychological pains of schizophrenia will be presented and compared and discussed in relation to the interview data from the interviewed psychologists.

Participants: Four participants were recruited through e-mail from across the nation. The participants are all currently working with patients suffering of schizophrenia in different sectors of the overall treatment, hence working with different psychiatric levels-of-care

Method: This research was psychologist-informed. The data was collected using single in-depth interviews focused on psychologists' views and their thoughts on the psychiatric treatment of schizophrenia and the role of

psychology in this. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methodology was used to analyse the data and explore the participants' lived experiences and remarks on their own and the general treatment of schizophrenia.

Findings: The main themes identified were 'Understanding schizophrenia', 'The psychological basis for treatment' and 'The psychiatric treatment and the room for psychology in it'. The findings showed that the psychologists' thoughts on how the patients should be engaged and met in the treatment in a way to facilitate empowerment and recovery, had many similarities across different fields, but there were also individual differences in what aspects of the treatment were viewed as being essential for the general treatment. The psychology was important, especially for the therapeutic alliance and the basis for the outcome of the treatment.

The findings highlighted how the participants experienced a neglect of the idiographic approach to the individual patients, in which the patient must be acknowledged as a person seeking help and how the treatment therefore was less integrative, than what some thought it should be.

Conclusions: The aim for psychologists in the treatment of schizophrenia is to make psychology important in all aspects of the treatment, and hopefully make the psychological aspects of the treatment more important in the future psychiatric treatment, since it is important for the humane approach to patients of the health practitioners, the psychological understanding of what effects it has on a human to suffer of schizophrenia and the psychological aspects of how schizophrenic psychoses develop. The psychology therefore has not just a role in the treatment of schizophrenia, but also has a role in facilitating recovery oriented processes in the psychiatric treatment of schizophrenia, by ensuring the individuality and idiographic approach in psychiatric treatment.

Keywords: Mental health, psychiatry, schizophrenia, psychologists' experiences, Interpretative Phenomenological Analysis, Laing, Dialogical Self Theory.

1 - Indledning	3
1.1 - Problemformulering	5
2 - Teori	6
2.1 - Skizofreni gennem historien	6
2.1.1 - Proto-psykiatrien bliver til	8
2.1.2 - Diagnostikkens tilblivelse	11
2.1.3 - Emil Kraepelin	12
2.1.4 - Eugen Bleuler	12
2.1.5 - Karl Jaspers	14
2.1.6 - Kurt Schneider	15
2.2 - Moderne diagnostik af skizofreni i ICD-10	16
2.2.1 - Symptomatik for skizofreni	18
2.2.3 - Positive og negative symptomer	20
2.2.4 - Fremtidens skizofrenidiagnose - Dimensionalitet og spektrumsforstyrrelse	21
2.2.5 - Grundforstyrrelsen	23
2.2.6 - Selvforstyrrelsen	25
2.3 - Dialogisk-selv-teori	27
2.3.1 - Jeg-positioner	27
2.3.2 - Skabelsen af en tredje-position	29
2.3.3 - Jeg-positioner og skizofreni	30
2.3.4 - DST i forbindelse med psykoterapi	31
2.4 - Det spaltede selv	32
2.4.1 - Utryghed og angst	34
2.4.2 - Selvet	37
2.5 - Farmakologi	39
2.5.1 - Adherence	40
2.6 - Diatese-stress modellen	42
2.6.1 - Diatese	44
2.6.1 - Risikofaktore for skizofreni	45
2.7 - Skizofrenien har flere faser	46
2.8 - OPUS	47
2.9 - Generel organisering af skizofrenibehandling	48
2.10 - Recovery	48
3 - Metode	51
3.1 - Hvervning	52
3.2 - Ethiske overvejelser	53
3.3 - Samtalesituationen	54
3.4 - Transskribering	55
3.5 - Analysemetode	56

4 - Analyse	58
4.1 - De fire informanter	59
4.2 - Forståelsen af skizofreni	61
4.2.1 - Hvad er sygt?	62
4.2.2 - Sygdommen er mere end en psykiatrisk diagnose	63
4.2.3 - Diagnosen skal indbefatte selvforstyrrelsen	65
4.2.4 - Den psykologiske forståelse af selvforstyrrelsen	67
4.2.5 - Sårbarhed	69
4.2.6 - Det skrøbelige individ kan ikke håndtere konflikt	69
4.2.7 - En psykotisk reaktion	72
4.2.8 - Ætiologiens sammenhæng med psykose-tærskel	75
4.3 - Det psykologiske grundlag for behandling	78
4.3.1 - Relationsarbejde gavner tilliden til behandlingen	79
4.3.2 - Relationen kan være udfordret af tvang	81
4.3.3 - Mennesket i fokus	84
4.3.4 - Midlertidig hjælp	86
4.3.5 - Det vikarierende håb	89
4.4 - Psykiatrien og psykologiens plads deri	90
4.4.1 - Behovet for mening	93
5 - Diskussion	96
6 - Konklusion	102
7 - Litteraturliste	103
8 - Pensumliste	113

1 - Indledning

I de seneste år har hospitalspsykiatrien som sundhedsfaglig sektor været på læberne blandt mange journalister, politikere, meningsdannere samt almene danskere. Kritiske røster mener, at psykiatrien og behandlingen af psykisk syge danskere er underprioriteret i politikernes sundhedsøkonomiske udspil (Sørensen, 2019).

I flere år er antallet af sengepladser i psykiatrien faldet, samtidigt med at genindlæggelsesprocenten er steget (Sundheds- og ældreudvalget, 2017, p. 31). Flere pårørende- og patientforeninger påpeger, at økonomiske restriktioner ligeledes har den effekt, at arbejdspresset hos de ansatte i psykiatrien medfører mindre patient-behandler kontakt og generelt forringer patienternes vilkår, da nogle mener, at patienter i højere grad bliver udskrevet for tidligt (Laursen, 2019). Denne tendens er især bemærkelsesværdig inden for psykoseområdet, hvor der årligt registreres 16.000 psykiatriske indlæggelser med skizofreni som aktionsdiagnose, hvilket svarer til 32% af alle psykiatriske indlæggelser (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Skizofreni er altså en stor sundhedsproblematik, da cirka 20.000 mennesker lider af skizofreni i Danmark, og deres liv er påvirket i større eller mindre grad af sygdommen og følgevirkningerne (Nordentoft, 2009a, p. 17). Sygdommen kan være en privat katastrofe for den enkelte patient, der lider af sygdommens komplekse og mangeartede symptomer, da den kan være ensbetydende med et liv, hvor det kan være svært at fastholde arbejde, tage en uddannelse eller stifte familie (Nordentoft & Vandborg, 2017).

Udover at være en personlig katastrofe for det enkelte menneske, er sygdommen ligeledes et vigtigt problem at tage hånd om i samfundet, da denne gruppe af psykisk syge mennesker, sammenlignet med baggrundsbefolkningen, er overrepræsenteret i statistikkerne i forhold til

arbejdsløshed, kriminalitet, og overdødelighed grundet livsstilssygdomme og selvmord (Brandt-Christensen, Balling, & Nitschke, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2015).

På trods af et sådan dystert billede af sygdommen, er det ikke alle, der invalideres for livet, da sygdommen er en episodisk sygdom, hvor nogle kun har én psykotisk episode og andre har et kronisk sygdomsforløb med gentagne indlæggelser (Krarup, 2011, pp. 55f). Det er derfor svært at tale om en prognose, da det er så individuelt varierende, men det vides, at omtrent 20% oplever fuld remission inden for to år, og 15% udvikler et kronisk sygdomsforløb, hvor lidelsen gør dem ude af stand til at arbejde eller fungere i samfundet, da de er forpint af kroniske psykotiske symptomer (ibid.). Den sidste del af patienter er påvirket episodisk af psykotiske symptomer, der ofte træder frem, når de overbelastes. Sådanne forløb er enormt varierende og kan for nogle handle om enkelte genindlæggelser. Behandlingen for skizofreni er derfor ligeledes kompleks; nogle patienter har hyppige indlæggelser på lukkede eller åbne sengeafsnit, hvor magtanvendelse som tvangsmedicinering eller restriktion kan blive taget i brug, hvis patienten er til fare for sig selv eller andre, mens andre patienter hovedsageligt bliver behandlet ved ambulante forløb eller henvender sig til den sekundære behandlingssektor ved privatpraktiserende psykolog eller psykiater (Krarup, 2011b, pp. 183ff). Nogle patienter er kraftigt medicinerede for konstant at holde psykotiske symptomer nede, mens andre er frie for medicin og kun oplever mindre væsentlige psykotiske symptomer i perioder og kan på trods af psykotiske symptomer fastholde et aktivt arbejdsliv og danne familie.

Sygdommen spænder altså over en bred gruppe af mennesker, hvis sygdom påvirker dem i varierende grad. Offentligheden er desværre ofte kun bekendt med de historier, der bliver rapporteret om sygdommen i medierne, hvor psykotiske mennesker begår kriminelle og ofte personfarlige handlinger, hvorfor denne patientgruppe omtales som en af de mest stigmatiserede (Psykiastrifonden, 2019).

Derfor kan det være svært for mennesker, der lider af skizofreni, at tale åbent om sygdommen, da der findes udbredte misforståelser, såsom patienter med skizofreni har flere personligheder, ikke kan blive raske eller er farlige og utilregnelige (ibid.). Derfor er det en vigtig opgave som fagpersoner, at sætte fokus på, hvad skizofreni er, således at disse misforståelser blive manet til jorden.

1.1 - Problemformulering

Hvordan vil den ideelle behandling af patienter diagnosticeret med skizofreni se ud, hvis problemstillingen bliver undersøgt fra en psykologisk vinkel? På denne baggrund er det relevant at tage et nærmere blik på netop behandlingen af skizofreni i psykiatrien. Hvorfor den overordnede problemformulering for indeværende afhandling er følgende:

Hvilken rolle har psykologien i behandlingen af patienter med skizofreni i dansk psykiatri, og hvordan kan man som psykolog sikre en god behandling til den enkelte patient med skizofreni i psykiatrien?

Denne afhandling er et forsøg på at kaste lys over psykiatrien som et tværfagligt krydsfelt, hvor flere fagprofessioner samarbejder for at sikre den bedste behandling af de psykisk syge i vort samfund. Denne opgave tager udgangspunkt i psykologiske aspekter af behandlinger, hvor psykologer varetager udredning, psykoterapi og forebyggende samarbejde i den samlede behandling af skizofreni. Afhandlingen er et forsøg på at undersøge, hvad psykologer, der arbejder med patienter med skizofreni, tænker om behandlingen af skizofreni, og hvad mener de, der kan gøres anderledes? Dette vil gøres på et grundlag af fire interviews med psykologer, der alle arbejder med patienter, der har diagnosen skizofreni. Afhandlingen er opbygget således, at den psykiatriske forståelse vil blive præsenteret i følgende afsnit, og denne vil være grundlaget for at forstå den

nuværende opbygning af psykiatrien, samt de behandlingsindsatser, der tilbydes i skizofrenibehandlingen, og det grundlag, der arbejdes efter i nutidig behandling. Derefter vil centrale teoretiske modeller for skizofrenibehandlingen blive præsenteret. To psykologiske teorier til at forstå skizofrenilidelsen vil ligeledes blive fremlagt. Dette teoretiske fundament, samt en metodisk forståelse af interviewundersøgelsen, vil danne en referenceramme til at analysere og diskutere centrale budskaber og pointer om skizofrenibehandlingen, der står frem i samtalerne med de interviewede psykologer.

2 - Teori

2.1 - Skizofreni gennem historien

Det er relativt nyt, at vi omtaler patologisk afvigende adfærd, tænkning eller følelsesliv som psykisk sygdom, men den psykotiske adfærd, der er et symptom på skizofreni kan have eksisteret forud for det operationaliserede sygdomsbegreb, vi benytter os af i dag (Christensen, 2011a, p. 24). For at forstå, hvad skizofreni er, er det relevant at vide, om sygdommen historisk har påvirket mennesker, eller om det er en sygdom, der er fremkommet med den moderne civilisations livsførsel og livsomstændigheder. I bund og grund er dette psykiatrihistoriske spørgsmål svært at besvare, da menneskehedens opfattelse af tænkning, sygdom og normalitet ikke har været en fast størrelse gennem tiderne, hvorfor det er et spørgsmål om historisk perspektiv og tolkning af kilder, der ligger til grund for svaret (Foucault, 1971). Psykiatrihistorikere har forsøgt at finde eksempler på psykotisk adfærd i historiske kilder, men dette er en sværere opgave end som så, da diagnostikken inden for psykisk sygdom ikke kom til før

1800-tallet, hvorfor galskab inden da typisk blev beskrevet med et andet fokus end nutidens psykiatriske og diagnostiske forståelse af psykisk sygdom (Heinrichs, 2003). Psykosen ved skizofreni er netop et aspekt af galskab, men sygdommen som fænomen er afgrænset fra affektive lidelser, organiske psykoser eller neurologiske traumer, hvilke man ikke skelnede før diagnostikkens tilblivelse.

Aparte eller selvdestruktiv adfærd har på tværs af tidligere tiders kulturer typisk været forstået i en religiøs kontekst, hvor adfærden er tolket som straf fra guderne eller besættelse af onde ånder, (Heinrichs, 2003). Der findes dog eksempler på pseudo-videnskabelige forståelser fra antikkens Grækenland, hvor lægekunstens grundlægger, Hippokrates (460-380 f.v.t.), beskrev vanvid ud fra en humoral forståelse, hvor en ubalance i kroppens væsker resulterede i en "våd" hjerne, der førte til vanvid (Christensen, 2011a, p. 26). Efter antikken blev videnskab forkastet og kirkens dogmer regerede i mange århundrede, hvorfor der stort set ikke findes eksempler på sygdomshistorier før oplysningstiden, der kan argumenteres for at have været skizofreni, da sygdom dengang blev forklaret ud fra religiøse forklaringsmodeller.

Det første historiske tilfælde, der kan argumenteres for at have været skizofreni, præsenterer Heinrich (2003), da han analyserer beskrivelser af galskaben, som den østrigske billedhugger Franz Messerschmidt (1736-1783) led af. Messerschmidt blev i sin samtid beskrevet som en vellykket hofskulptør, der blev



Franz Xaver Messerschmidt, Der Spayer (1777-81). Wien, Det Østrigske National Bibliotek

spået stor succes, men blev pludseligt tiltagende underlig, paranoid og tilbagetrukket. Messerschmidt isoerede sig og opgav sit velbetalte job for hoffet, for i de sidste år af sit liv producerer en stor mængde buster, der forestillede ham selv i usædvanlige ansigtstrækninger og grimasser, samt buster af karikerede menneskehoveder med næb, som han selv beskrev, som synet af sine dæmoner. Han døde fattig og isoleret og blev af hoffet beskrevet som bizar og desillusioneret. Eksemplet fremlagt af Heinrich (2003) er et argument for, at skizofreni formentlig har været til stede før den moderne psykiatri og sygdomsforståelse kom frem. Den patologiske adfærd, som skizofreni indbefatter som fænomen, har derfor formentlig altid eksisteret.

Heinrich (2003) vurderer at billedhuggeren Messerschmidt antageligt har lidt af skizofreni, da han har sammenholdt historiske kilder med moderne diagnosekriterier. Messerschmidts har sin samtid dog ikke været opfattet som skizofren, men snarere som afvigende eller gal, da skizofreni endnu ikke var beskrevet som en sygdom. Denne diagnostiske afgrænsning, der adskiller patologisk adfærd fra normal adfærd, udgør den moderne afgrænsning af skizofreni. Denne rammesætning har udviklet sig over tid og vil kort blive præsenteret i næste afsnit, da denne forståelse er central for at kommentere på praksis i moderne psykiatri.

2.1.1 - Proto-psykiatrien bliver til

Som præsenteret i ovenstående afsnit har der angiveligt været mennesker, der har udvist adfærd, der kan tolkes som psykotisk og afvigende i mange århundreder. Måden, hvorpå de omgivende samfund har forholdt sig til disse afvigende individer, har dog ændret sig flere gange. Foucault (1971) skelner mellem håndteringen af afvigere før og efter oplysningstiden og argumenterer for, at galskabens rolle i samfundet var en anden før 1700-tallet. Han antyder, at galskaben var en accepteret del af samfundet før

oplysningstidens fokus på det individuelle menneske, da den gale i gotikken var et forherliget og underholdende element i samfundet. Foucault (1971) understøtter dette med reference til gotikkens dramaturgiske og litterære "galskabsværker", hvor den gale person var central for fortællingens handling og ofte havde en uundværlig rolle heri, hvilket han tolker som en accept af den gales rolle i samfundet som helhed. Den vestlige kultur var ifølge ham "*besynderligt gæstfri over for den slags oplevelser [gale mennesker]*" (Foucault, 1971, p. 99). Denne accept af galskaben i samfundet slutter i 1700-tallet med oplysningstidens forandrede tidsånd. Samfundet begynder at anbringe sine svage og "asociale" borgere på interneringsanstalter, da disse ikke passer ind i den samfundsnorm, der opstår, hvor tanken om det rationelle menneske hersker (ibid.). Disse interneringsanstalter var ofte i forbindelse med fængsler, og i nogle tilfælde blev de psykotiske lukket inde i dårekister og på denne måde isoleret fra omverdenen indtil deres død (Christensen, 2011a, p. 28; Kragh, Simonsen & Møhl, 2017, pp. 900f).

Samtidigt præger oplysningstidens ideal om den naturvidenskabelige tilgang til at forstå verden universiteternes medicinere, der bl.a. begynder at interessere sig videnskabeligt for sygdom, og derfor også patologisk adfærd, hvorfor de sindslidende skulle behandles som syge frem for at blive behandlet som kriminelle (Cullberg, 2001, pp. 230f).

Den franske læge Philippe Pinel (1745-1825) er i kunsten og eftertiden blevet symbolet på et paradigmeskifte af tilgangen til behandlingen af samfundets afvigere. Som bestyrelsesmedlem af Bicêtre hospitalet og Salpêtrière hospitalet frigjorde Pinel de sindslidende fra deres lænker og beordrede, at de fremadrettet skulle behandles som patienter, altså en behandling baseret på værdighed og respekt. Pinel var fortaler for en mere "psykologisk" behandling af de sindslidende, hvilket var reformatorisk i en tid, hvor de

fleste blev lænket til væggen (Kragh et al, 2017).



Tony Robert-Fleury (1795). Dr. Philippe Pinel at the Salpêtrière. Wikipedia.

Denne tankegang spredte sig til andre behandlingsinstitutioner og samfund i de efterfølgende årtier, men i forskellig grad, hvorfor disse tidlige behandlingsanstalter kan omtales som en proto-psykiatri. Pinel tilskrives ligeledes at være en af diagnostikkens foregangsmænd, da han inddelte psykisk sygdom i fire grupper (melankoli, mani med delirium, mani uden delirium og demens). Han bortkastede religiøse forklaringer på galskab for i stedet at fokusere på den sindslidendes genetiske dispositioner, uheldige opvækstvilkår og følelsesmæssige påvirkninger, hvilke han så som mulige ætiologiske forklaringsmodeller (Christensen, 2011a, p. 28). Grundlaget for psykiatrien blev dermed lagt, men den “humane” behandling af patienterne på asylerne var kun relativt bedre sammenlignet med fængselsforholdene fra tiden før Pinel, da man stadig isolerede patienterne på hospitalerne og havde behandlinger, der med nutidens øjne ville være sammenlignelig med tortur.

Den tyske læge Johan Christian Reil (1759-1813) opfandt ordet “psychiatrie” og står i opposition til Pinels behandlingsparadigme, da han var fortaler for en såkaldt “moralisk behandling”, der indebar fysisk afstraffelse som behandling for sindssygdom (Kragh et al, 2017, pp. 900f). Denne tanke om, at tæsk var kurerende, var meget udbredt og var ligeledes gældende i det

danske hospitalsvæsen. I 1816 blev Sankt Hans hospital ved Roskilde oprettet som en psykiatrisk institution styret af lægen Johan Henrik Seidelin, der havde en barsk tilgang til behandling af sindssygdom med forbillede i Reils foreskrifter. Seidelins behandling var grov og indebar pisk og fysisk afstraffelse af de syge for at "knægte drifterne" (ibid.). Behandlingen var således i mange tilfælde inhuman, men den videnskabelige tilgang til skizofreni udvikledes i 1800-tallet med diagnostikkens tilkomst.

2.1.2 - Diagnostikkens tilblivelse

I årtierne efter Pinels præliminære diagnosesystem bestående af fire kategorier for psykisk sygdom begyndte læger rundt i Europa at nedskrive kasuistikker (beskrivelser af enkelte sygdomstilfælde), hvor de ud fra forskellige synspunkter og forståelser alle beskrev unge, der blev ramt af pludselige adfærdsændringer og ofte udviklede regulære tankeforstyrrelser (Christensen, 2011a, pp, 30f). På daværende tidspunkt var der ikke konsensus om diagnoser inden for psykiatrien, og kasuistikkerne blev klassificeret forskelligt, men havde alle samme patogenetiske karakteristika, der vidnede unge mennesker med psykoser, der oplevede et degenerativt forløb (ibid.). På dette grundlag tilføjede den franske læge Benedict Morell (1809-1873) *praecox* til Pinels demensdiagnose for at kunne klassificere den sygdom (*dementia praecox*), de unge måtte lide af, i modsætning til den demens, der ramte aldrende mennesker. I slutningen af 1800-tallet udvikles flere beskrivelser af patienter, der frøs i aparte kropspositioner (*katatoni*), samt unge patienter der blev åndsforladte og tilbagetrukket (*hebefreni*). Der var dog ikke konsensus om, hvorvidt sygdommene adskilte sig, og nogle kritikere mente, at der med *melankoli*, *mani* og *dementia praecox* var tale om en og samme sygdom, en såkaldt *einheitspsychose* (ibid.).

2.1.3 - Emil Kraepelin

Den tyske psykiater Emil Kraepelin (1856-1926) var den første til at forsøge at skabe et samlet klassifikationssystem med dertilhørende nosologi (sygdomslære) for psykiske sygdomme (Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 298). Indtil da var psykiske sygdomme forstået og afgrænset forskelligt, alt efter hvilke teoretiske rammer psykiatere arbejdede under. Kraepelin skrev lærebøger og lavede derved et overblik over psykiatriske lidelser, hvor han også inddrog de lidelser, der ikke var kortlagt nogen organisk ætiologi for. Han mente, at sådanne klassifikationer var vigtige for prognostik, uanset om lidelsens ætiologi var forstået (Christensen, 2011a). Kraepelins endelige klassifikationssystem inddelte de psykiatriske sygdomme uden organisk grundlag i to hovedgrupper, henholdsvis dementia praecox og maniodepressivitet, hvoraf forskellen på de to var sygdommens typiske udfald (ibid.). Dementia praecox omhandlede tiltagende svækkelse af viljemæssig kontrol, tænkning og evnen til selvstændighed. Dementia praecox inddelte han yderligere i tre grupper: hebefreni, katatoni og paranoia, hvilke han adskilte ud fra symptomatologien (Ban, 2004, p. 754). Kraepelins lærebøger har ikke kun været med til at forme senere diagnosesystemer, men har været en vigtig kilde til at forstå skizofreni, da han bidrog med righoldige kasuistikker samt eksperimentelle undersøgelser af opmærksomhedsvanskeligheder ved unge med dementia praecox (Christensen, 2011a).

2.1.4 - Eugen Bleuler

Dementia praecox bliver omdøbt til skizofreni i 1911 af den schweiziske psykiater Eugen Bleuler (1857-1939), der fandt det fejlagtigt at benytte

demensbegrebet, da ikke alle hans patienter led af et degenerativt forløb (Stotz-Ingenlath, 2000, p. 155). Bleuler var inspireret af associations-psykologien og så skizofreniens tankeforstyrrelser som en neurologisk ophævelse af stærke associationer, der forstyrrede patientens tænkning, hvorfor han valgte ordet "schizophrenia", der etymologisk betyder "et splittet sind" (ibid.). Disse associationsforstyrrelser byggede han på omhyggelige beskrivelser af samtaler med patienter, hvor han forsøgte at forstå de ofte meningsløse forbindelser, der optrådte i patientens sprog. Han antog at sådanne tankeforstyrrelser var ligesom drømme, hvor umiddelbart forskellige emner og følelser kunne have en meningsfyldt sammenhæng, hvis undersøgt i dybden, ligesom psykoanalysens drømmetydning (Stotz-Ingenlath, 2000). Bleuler indførte fire diagnostiske forståelser, der er kendt som de 4 A'er: Associationsforstyrrelse, upassende affekt, ambivalens, og autisme (Christensen, 2011a, pp. 31f). Disse anså han som grundsymptomerne for den skizofrene lidelse, der var karakteriseret ved at være tilstede i alle undergrupperne af den skizofrene lidelse. Udover grundforstyrrelsen var skizofreni omfattet af accessoriske symptomer, der dækkede over vrangforestillinger eller hallucinationer, der viste sig periodevist i sygdomsforløbet (Stotz-Ingenlath, 2000, p. 157). Bleuler havde udpræget fokus på personlighedsmæssige aspekter ved skizofreni, da han anså de accessoriske symptomer som udtryk for den enkelte patients håndtering af grundsymptomerne i det miljø, patienten lever i. Dette afspejler Bleulers inspiration fra den samtidige psykoanalytiske tankegang, hvor bevidstheden og sproget var præget af ubevidst symbolisme (ibid.).

Bleulers diagnostiske tilgang er baseret på en prototypisk forståelse af skizofreniens udtryk, således at sygdomsdiagnosen baseres på klinikerens professionelle indtryk af patientens lidelse, der skabes ud fra et dybdegående psykiatrisk interview, hvor anamnesen og narrativet er vigtigt for den samlede vurdering af patienten. Patientens sygdomshistorie og symptomatiske udtryk kan derved sammenlignes med en prototypisk forståelse af en "ideal patient" (Simonsen, 2017a, pp. 209f). Denne

prototypiske tilgang til diagnostik kræver, at klinikerer er bevandret i kasuistikker for forskellige sygdomme, samt bruger meget tid på udredningen for at kunne gennemføre en sådan mønstergenkendelse (ibid.). Bleulers prototypiske tilgang til patienter hviler på en teoretisk forståelse af sygdommens grundsymptomer, der medfører psykotisk adfærd.

2.1.5 - Karl Jaspers

Kraepelin og Bleulers arbejde med at skabe et klassifikationssystem og en nosologi for skizofreni bliver kritiseret af den tyske psykiater og filosof Karl Jaspers (1883-1969). Jaspers ville indføre en deskriptiv fænomenologisk tilgang til psykopatologi, hvor den teoretiske baggrundsforståelse af sygdommen, som Bleuler vægtede højt i sin diagnostiske tilgang, ikke var essentiel for diagnostikken (Christensen, 2011a, p. 32f). Jaspers så det som essentielt at skelne mellem psykopatologiske fænomener, der kunne tilgås empatisk, og fænomener, der måtte undersøges objektivt (Parnas, Sass & Zahavi, 2013, p. 257f). Skizofreni er ifølge Jaspers en indre opløsningstilstand og kan derfor ikke tilgås empatisk, hvorfor han foreslår, at klinikerer bør undersøge de subjektivt rapporterede fænomener med fokus på form over indhold. Hvilket vil sige, at det ikke er centralt, hvad en patient oplever i sine hallucinationer (indhold), men nærmere, om der er tale om en hallucination, hvor patienter oplever en perception, der ikke hviler på et sensorisk grundlag (form). Ved tankeforstyrrelser er det således ikke relevant, hvad en vrangforestilling omhandler, men nærmere, hvordan patienter fastholder sin overbevisning (Christensen, 2011a, p. 33). Jaspers afviger derfor fra Bleulers teoretiske forståelse af skizofreniens grundforstyrrelse, hvorudfra de psykotiske symptomer kan forstås i en teoretisk meningsfuld sammenhæng, og reducerer derved den diagnostiske sygdomsforståelse til at være baseret på de observerbare psykotiske symptomer, hvor psykiaterens kliniske subjektive forståelse af symptomerne

ikke er relevant for diagnosticeringen (ibid.).

2.1.6 - Kurt Schneider

Denne tankegang om form over indhold videreførte den tyske psykiater Kurt Schneider (1887-1967) i sit forslag til at forbedre diagnostikken. Han forkastede Kraepelins fokus på funktionsnedsættelser og Bleulers teoretiske forståelser af grundforstyrrelsen i den diagnostiske tilgang, og mente, at disse ikke hører sig til i vurderingen af sygdommens tilstedeværelse, da sådanne aspekter af lidelsen var teoretiske (Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 298f). Han skabte i stedet en hierarkisk opdelt symptomatologi, hvor nogle symptomer havde førsterang over andre i forhold til diagnostisk at skelne skizofreni fra andre psykiske lidelser. Disse førsterangssymptomer, Schneider mente var særprægede for skizofreni, var: *“hørbare tanker; stemmer, der diskuterer og/eller kommenterer adfærden; oplevelser af påvirkninger af kroppen; tankeudtrækning og andre påvirkninger af tænkningen; vrangagtige perceptioner og følelser; impulser og viljemæssige handlinger, som patienten oplever som styret af andre end sig selv.”* (Christensen, 2011a, p. 34).

Schneider simplificerede på denne måde diagnostikken af skizofreni, ved at afgrænse diagnostikken til at være fænomenologisk-deskriptiv og baseret på såkaldte polytetiske principper om symptomvægtning, hvor opfyldelse af en mængde symptomkriterier og udelukkelseskriterier udløste diagnosen (Simonsen, 2017, p. 210).

Tankerne bag nutidens psykiatriske diagnostik af skizofreni er langt hen ad vejen baseret på de forskellige tilgange, som er præsenteret med Kraepelin, Bleuler, Jaspers og Schneider. Kraepelin indførte den kategorielle diagnostiske opdeling kendt fra somatikken til den psykiatriske behandling, mens Bleuler definerede skizofreni, som muligvis flere forskellige underliggende sygdomme, der adskilte sig fra en udelukkende degenerativ

demensforståelse. Han forsøgte at beskrive grundsymptomer, der viste sig ved tilfælde af disse skizofrenier. Jaspers og Bleuler har hver især været med til at forme den tankegang, der fremstår i moderne diagnosesystemer, hvor diagnosen skal være operationaliserbar og simpel i sin skelnen mellem diverse lidelser, hvilket har adskilt diagnostikken fra nosologien og den teoretiske forståelse, som med Jaspers ord er skelnen mellem *erklærende* (forklarende) og *verstehende* (forstående) psykiatri (Møhl & Simonsen, 2017, p. 39).

2.2 - Moderne diagnostik af skizofreni i ICD-10

I dag bruges tiendeudgaven af World Health Organisations (WHO) diagnostiske system International Classification of Diseases (ICD-10) i den danske psykiatri, såvel som i det samlede sundhedsvæsen (WHO, 1992). Det er et værktøj, der bruges til at sikre rette behandling, skabe et fælles sprog på tværs af landegrænser, sikre forskning i de rette patientgrupper, kortlægge epidemiologi, samt hjælpe fagpersoner såvel som patienter til at forstå sygdomme (Simonsen, 2017a, p. 208). Det psykiatriske klassifikationssystem i ICD-10 er kapitel 5 (F) "*Classification of Mental and Behavioral Disorders*" (WHO, 1992). En diagnose markeres med kapitlets forbogstav, der følges af et tal fra 0-9, der markerer sygdommens hovedgruppe. Dette efterfølges af to tal, der angiver specifikke diagnosegrupper, mens et fjerde tal kan markere sygdomsforløb (Christensen & Krarup, 2011, p. 35). Klassifikationssystemet er indrettet hierarkisk, således at en patient med en diagnose inden for hovedgruppen af organiske psykiske lidelser (F0) ikke kan diagnosticeres med skizofreni (F2) sideløbende, da skizofreniens symptomatologi er underordnet den organiske psykiske lidelse. Tanken er, at symptomerne for forrangerede hovedgrupper kan indebære symptomer for efterfølgende hovedgrupper, men ikke omvendt. Denne tanke bygger på Jaspers tanker om opdeling af psykiatriske

diagnoser, hvor de lidelser, hvis ætiologi er kendt, er forrangeret sygdomme, der mangler biomarkører, da sådanne diagnoser er mere sikre og ufravigelige (Simonsen, 2017a, p. 216).

Denne kategorielle klassifikations-tilgang, hvor patienten enten er diagnosticeret som syg eller ikke-syg, har sin force ved at være let at anvende for klinikerne og er lignende somatikens tilgang til sygdom (ibid.). Den kategorielle opbygning af de psykiatriske sygdomsklassifikationer er dog også kritiseret for, at informationer går tabt, og forskellen mellem det raske og syge er arbitrær, da de psykiatriske diagnosers symptomkriterier ikke er videnskabeligt validerede og ikke tager højde for væsentlig forskellighed inden for samme diagnose (ibid., p. 211). Diagnoserne er derimod konsensus-baseret af et fagligt kommissorium (WHO, 1992). Ligeledes er den hierarkiske opbygning teoretisk set en hindring for at lave klar diagnostik af komorbide tilfælde, da en organisk misbrugsproblematik vil være diagnostisk overordnet en potentiel skizofrenidiagnose, lige såvel som eventuelle affektive diagnoser vil være underordnet en skizofrenidiagnose. Dette resulterer i forskellige retningslinjer i psykiatrien, hvor patienter, der både er misbrugere og samtidigt lidende af skizofreni, kan blive kastet frem og tilbage mellem misbrugsbehandling og psykosesygdomsafsnit, hvilket kan have stor påvirkning på behandlingsalliancen, behandlingsplanen og prognosen (ibid.).

I ICD-10 er Schneiders klassifikationssystem en tydelig inspiration, da man bruger operationelt definerede polytetiske symptomkriterier for at sikre reliabiliteten i diagnosesystemet (Christensen, 2011a, p. 35).

Den fænomenologisk-deskriptive tilgang til symptomatologien er grundlaget for det kliniske interview, hvor en behandler i psykiatrien vil forsøge at få patienten til at berette om sin problemstilling, og derudfra spørge mere ind til, og vurdere, hvorvidt patienten lider af skizofreni, eller om problematikken er en anden. Det er ofte gjort sådan, at udredningen bliver opfulgt med et klinisk interviewinstrument som en *Present State Examination* (PSE-interview), der

er et del-element af WHO's *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), der fungerer som en operationaliseret tilgang til at gennemgå diverse symptomer, der kan plage patienten (Christensen, 2011b, p. 100). Et sådan anamnestisk og diagnostisk-interview skal kortlægge patientens sygehistorie, familiære og sociale forhold, samt hvilke symptomer, patienten oplever, og varigheden af disse (Simonsen, 2017b).

2.2.1 - Symptomatik for skizofreni

For at kunne stille en skizofrenidiagnose i ICD-10, skal flere forhold undersøges og et eller flere symptomkriterier opfyldes (polytetisk diagnostik). Disse symptomkriterier kaldes førsterangssymptomer og er inspireret af Schneiders tanker om diagnostik. Førsterangssymptomer kan inddeles i 5 hovedkategorier, som præsenteres nedenstående, men er operationaliseret i flere udspecificerede underkategorier, der bliver undersøgt i udredningen. De fem hovedgrupper af førsterangssymptomer er (Christensen, 2011a):

Tankepåvirkningsoplevelser, der er oplevelsen af, at andre kan høre sine tanker, styre sine tanker eller at tankerne på anden måde er påvirket af omgivelserne.

Styringsoplevelser, der indebærer ideen om at andre genstande, ideer, mennesker kan styre patienten, der dermed ikke har viljemæssig styring af egen handling, hvilket skyldes en vrangforestilling, der ikke kan forklares ud fra kulturel eller religiøs overbevisning, ofte hidrørende styring af kropsbevægelse eller specifikke tanker.

Tredjepersons-hørelsehallucination, der er oplevelsen af kommenterende stemmer, der diskuterer i blandt hinanden og/eller kommenterer på patientens adfærd eller på anden måde opleves som udefrakommende.

Legemlige påvirkningsoplevelser, der kan være hallucinatoriske oplevelser af somatisk art, ofte med en forklarende årsag. Patienten kan opleve at være inficeret med kryb eller have fået indopereret en chip i hjernen.

Vrangagtige sansningsoplevelser, hvor normale oplevelser opleves som knyttet til selvhenførende vrangforestillinger af åbenbaringskarakter.

Hvis patienten i en periode længere end en måned har oplevet et eller flere af ICD-10 symptomkriterierne under disse hovedgrupper, kan diagnosen *akut-skizofreniform psykotisk lidelse (F23.2)* stilles. Denne kan omklassificeres til skizofreni, hvis symptomerne er vedholdende i længere perioder (WHO, 1992). Diagnosen bør ikke stilles, hvis somatiske forstyrrelser i hjernen, alkohol- eller stofmisbrug, eller massive affektive problemer er til stede. Førsterangskriterierne er dog ikke altafgørende i udredningen, da det er muligt at tildele diagnosen, uden at disse viser sig, såfremt der viser sig *vedvarende bizarre vrangforestillinger*. Sådanne vrangforestillinger kan ligeledes udløse en skizofreni diagnose, i så fald at vrangforestillingen ikke kan forklares ud fra det kulturelle eller religiøse ophav eller trodser umulighedskriteriet, der henviser til patientens overbevisning om at kunne gøre noget, der ikke er muligt, f.eks. bestemme over vejret eller klodens rotation (Christensen, 2011a, p. 36). Skizofrenidiagnosen kan også tildeles på trods af manglende førsterangssymptomer, såfremt der er klare forstyrrelser i følgende symptomgrupper:

Vedvarende hallucinationer med flygtige eller halvt formede vrangforestillinger uden affektivt indhold.

Sproglige tankeforstyrrelser, der viser markante ændringer i patientens tankestruktur og sprog (tangentialitet, circumstantialitet, neologismer og inkohærens).

Kataton adfærd, der indebærer et forstyrret bevægelsesapparat, hvor patienten bevæger sig akavet, eller bevæger sig med gentagne bevægelser, stivnen i kropspositioner, der sommetider efterfølges af pludselig og kraftig excitation.

Negative symptomer kan vise sig som en bred vifte af ændret adfærd, hvor patienten trækker sig tilbage socialt, udviser initiativløshed, isolerer sig, mister interesse for personlig hygiejne eller personlige interesser og omverdenen. Sproget kan ligeledes blive indholdsfattigt og minimalt.

2.2.3 - Positive og negative symptomer

Den symptomatik, der diagnosticeres på grundlag af ICD-10, har et markant fokus på de psykotiske symptomer, der omtales som produktive eller positive symptomer. Betegnelsen positive symptomer hentyder til, at sådanne symptomer tilfører noget til oplevelsen eller personens tilstand, f.eks. er en visuel hallucination tilføjes af en visuel perception, der ikke bundes i sansestimuli, i modsætning til en visuel illusion, der er en kognitiv mistolkning eller forvrængning af sansestimuli fra omverdenen (Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 300). Der er således ikke noget positivt over sådanne symptomer, da disse ofte er kernen i den psykotiske oplevelse og kan have en meget skræmmende karakter, da de sanseligt er svære at skelne fra reel perception, der henfører til virkelig stimuli i omverdenen.

I modsætning til de positive symptomer tales der ligeledes om negative symptomer. Disse er symptomer på, at personens tilstand mangler eller er fratrukket egenskaber. Sådanne symptomer kan være sig isolationstendens, energiforladthed, initiativløshed, kognitiv sløven eller problemer ved at opretholde minimal personlig hygiejne (ibid., p. 302f). Der er diskussion om, hvad der er negative symptomer som følge af grundlidelsen, og hvilke der er som følge af de psykotiske symptomer eller behandlingen, da de produktive

symptomer kan fylde så meget i patientens bevidsthed, at patienten ikke har overskud til at forholde sig til andet, eller medicinen kan have bivirkninger, der virker sløvende (ibid.). Af denne grund omtales en skelnen mellem primære negative symptomer og sekundære negative symptomer, hvor de primære henviser til en effekt af grundlidelsen, og de sekundære som effekt af lidelsens primære symptomer eller behandlingens karakter (ibid.). Denne opsplitning i positive og negative symptomkomplekser blev foreslået af Strauss et al (1974), der ønskede at skabe en symptomforståelse, der kunne bruges til at forudsige en prognose.

De negative symptomer har en prædiktiv validitet for svære sygdomsforløb, hvorimod de psykotiske symptomer ikke har. De opstillede ligeledes et tredje symptomkompleks, omtalt som en relationsforstyrrelse. Dette symptomkompleks omtales nu som desorganiserede symptomer og indebærer hvad, Bleuler beskrev som grundforstyrrelsen i skizofreni og anså for at være patognomisk (sygdomsspecifikt) for skizofrenilidelsen (Kistrup, 2012; Nordentoft & Vandborg, 2017, p. 303).

Det kan således opsummeres, at afgrænsningen af skizofreni med ICD-10 er baseret på den kategorielle diagnostiske tilgang til skizofreni, hvor sygdommens tilstedeværelse afgøres efter polytetiske principper, hvor de deskriptivt fænomenologisk observerede symptomer vurderes med fokus på symptomernes kvalitative aspekt. I denne vurdering er det overordnede fokus på positive symptomer, men indrammer ligeledes negative symptomer, der dog ikke er førsterangssymptomer.

2.2.4 - Fremtidens skizofrenidiagnose - Dimensionalitet og spektrumsforstyrrelse

Den kategorielle tilgang til skizofrenidiagnosen, som det nuværende ICD-10 diagnosesystem følger, er ved at blive forandret. Den kommende udgave af

ICD-diagnosesystemet er udgivet i en foreløbig udgave til revision og vil antageligt blive godkendt af WHO i 2019, men vil først blive implementeret i sundhedssystemet i 2022. Den har flere ændringer inden for afsnittet om psykosesygdomme. Den overordnede titel for psykosesygdomme vil være "*Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders*" (Biedermann & Fleischhacker, 2017, p. 371). Det er tiltænkt, at den diagnostiske beskrivelse af skizofreni skal blive mere dimensionel, hvilket indebærer en forståelse af sværhedsgrad af symptomer og derved også lidelsen. Den kategorielle model, der eksisterer med ICD-10 indeholder arbitrære kriterier for, hvornår en person har skizofreni, og hvornår der ikke er tale om skizofreni. Den kategorielle tilgang til diagnosen vil derfor have svært ved at indfange væsentlige forskelle, og har derfor svært ved at rumme skizofrenidiagnosens heterogene udtryk. Endvidere er en dimensionel tilgang god at tilrettelægge behandling efter, da den giver et mere dybdegående indblik i patientens unikke symptomatiske belastning (Simonsen, 2017a, p. 211). En sådan spektrummodel, der formentligt vil blive indført med ICD-11 er en viderebygning af en sådan dimensionel tilgang, da de tidligere forskellige subtyper: kataton skizofreni, hebefren skizofreni osv., som har eksisteret siden Kraepelins klassifikationssystem, ikke vil blive inddraget i ICD-11. I stedet vil skizofrenilidelsen formentligt være udgjort af dimensionelle beskrivelser af 6 specifikke symptomer, der er vigtige for den kliniske forståelse af patientens prognose og funktionsniveau. Dette vil være symptomgrupperne: positive, negative, depressive, maniske, psykomotoriske og kognitive deficit symptomer (Biedermann & Fleischhacker, 2017, p. 352). Den dimensionelle tilgang muliggør således, at diagnosticeringen rummer individuelle forskelle i sygdomsbeskrivelsen og sygdomsforløbet. En sådan ændring til en dimensionel diagnostik vil formentligt koste tid til udredning, men vil gavne de enkelte patienter, da diagnosens specificitet bl.a. er med til at kunne gøre det lettere for den enkelte at få den hjælp, de behøver, i form af økonomiske tilskud, bostøtte ordninger, forsikringssspørgsmål og andre vigtige hjælpemidler, man som psykisk syg kan være berettiget til (ibid.). Endvidere vil en spektrummodel

gavne forskningen, patienterne og behandlerne ved at blive mere specifik og have rummelighed over for milde sygdomsudtryk, ligesåvel som de svært syge vil kunne blive rummet i diagnosen. Spektrum modellen vil således kunne skabe mere overblik over den heterogenitet, der er i sygdomsudtrykket ved skizofreni (Guloksuz & Van Os, 2018, p. 236). Udover de diagnostiske rammer for skizofrenidiagnosen, der benyttes til at kategorisere sygdommen, vil de psykologiske aspekter af lidelsen blive præsenteret i nedenstående afsnit. Disse fremgår ikke tydeligt i de diagnostiske kriterier, men er væsentlige for at danne sig en forståelse af lidelsen, der er forbundet med sygdommen skizofreni.

2.2.5 - Grundforstyrrelsen

Grundforstyrrelsen kan deles i to, henholdsvis ekspressive og subjektive symptomer. De ekspressive symptomer omhandler adfærd, der fremstår i relationen til individets omverden, og kan på denne måde observeres af klinikerne, hvorimod de subjektive symptomer kun kan tilgås ved at udspørge patienten om dennes oplevelse (Kistrup, 2012, p. 65f).

Et typisk ekspressivt grundsymptom er en forstyrrelse af den formelle kontakt. Formel kontakt er den kvalitative evne til at kommunikere og indgå i en dialog, hvor samtalen har en form eller struktur, de der kommunikerer følger for at opnå gensidig forståelse. Denne kontakt kan ved skizofreni fremstå usammenhængende og læderet, hvilket viser sig som en forringet evne til at føre en samtale efter dialogens formelle principper om turtagning, spørgsmål og svar. Kontaktforstyrrelsen kan ligeledes referere til forringet emotionel kontakt, hvilket afspejles i en uligevægtig følelsesmæssig investering i samtalen, hvor der enten er en overdreven emotionel påvirkning eller tydelig indifferens for følelsesmæssigt svært indhold. som forringer den overordnede kontakt, og patienter kan beskrives som garderet og tillukket i samtalsituationen. Denne forstyrrede emotionalitet i kontakten beskrives som forstyrret affekt af Bleuler, og kan vise sig i den generelle adfærd, hvor

patienten har forfladigede følelser og kan være ligeglad med ting, der påvirker patientens liv i høj grad (ibid.).

Den sidste kategori af ekspressive grundsymptomer er formelle tankeforstyrrelser, der fremgår i ICD-10, som et muligt diagnostisk kriterium, såfremt forstyrrelsen er markant og har varet ved i en længere periode. Formelle tankeforstyrrelser vedrører menneskets tænkning, der kan have en forstyrret form. Bleuler kaldte dette for en associationsforstyrrelse, da sproglige koncepter mistede mening og tænkningen blev løsrevet og ulogisk qua en usammenhængende associationsrække (Christensen, 2011a, p. 31). Formelle tankeforstyrrelser kaldes også for sproglige tankeforstyrrelser, da disse netop viser sig i patientens kommunikative evner, hvor sproget kan miste betydning for modtageren og virke ulogisk og forvirrende (Kistrup, 2012, p. 67). Disse sproglige forstyrrelser er inddelt i sproglige symptomer, der ikke vil blive beskrevet mere dybdegående i indeværende afhandling. Det er dog værd at nævne, at formelle tankeforstyrrelser ikke kun opfattes som meningsløs eller tom tale og er forsøgt semiotisk undersøgt af Rosenbaum & Sonne (1979). De beskriver tankeforstyrrelsen som et nedbrud af sprogets forankrings- og henvisningsfunktioner, der inden for lingvistikken kaldes deixis (Rosenbaum & Sonne, 1979, p. 36ff). Dette nedbrud i deixis viser sig ved individets manglende skelnen mellem en indre meningsverdens sammenhæng med, og forskellighed fra, en ydre meningsverden i sproglige udsagn (ibid. p. 58f). Et eksempel på dette sproglige aspekt i praksis er såkaldte neologismer i patientens tale, hvilket er meningsløse ord, der dog af patienten opleves som meningsfulde og selvindlysende, hvorfor Rosenbaum & Sonne (1979) antager, at den sproglige forstyrrelse har en skjult mening, der kan tolkes og er relevant for psykoterapeutisk at kunne forholde sig til det psykotiske univers (p. 149f). Cullberg (2001, p. 195) antager, at sådanne tilgange til at forstå den skizofrene virkelighed kan videreudvikles og kaste lys over nogle af de gådefulde elementer ved tankeforstyrrelsernes absurditet.

2.2.6 - Selvførstyrrelsen

De subjektive forstyrrelse handler om patientens forhold til sig selv og sin væren i verden. Den mest fremtrædende subjektive grundforstyrrelse er selvførstyrrelsen. Denne vedrører sig til Bleulers beskrivelse af skizofreni autisme, som er specifik for de skizofrene forstyrrelser, da patienten virker afkoblet fra omverdenen og indelukket i sin egen verden. Lysaker & Lysaker (2011a, p. 126) beskriver selvførstyrrelsen som en oplevelse, patienten kan have af ikke at føle sig i kontakt med omverdenen eller sig selv. En del af denne personlige lidelse er en forstyrrelse af selvet, der kan opleves som en manglende kontinuitet i forståelsen af sin egen person over tid eller en manglende identitetsfølelse og tilstedeværelse i nuet. Clara Kean (2009), der selv har lidt af skizofreni, beskriver selvførstyrrelsen som kernen af sin egen skizofrenilidelse:

“What lies behind the symptoms is a tormented self, a highly personal experience unchangeable and irreplaceable by any physical treatment. . . [D]espite the ‘usual’ voices, alien thoughts and paranoia, what scared me the most was a sense that I had lost myself, a constant feeling that my self no longer belonged to me” (Kean, 2009, p. 1034).

Hun tilføjer til hendes forståelse af denne oplevede selv-forstyrrelse: *“This has nothing to do with the suspicious thoughts or voices; it is purely a distorted state of being. The clinical symptoms come and go, but this nothingness of the self is permanently there”* (ibid.).

Dette tab af selvet er ifølge Andresen (2003) en af de største hindringer for bedring (recovery se afsnit 2.10). Det enkelte syge menneske behøver en identitet og en klar oplevelse af agens for at kunne redefinere sig selv og derved arbejde mod personlig bedring. Genoprettelsen af et “sense of self” er en trædesten i bedringsprocessen, da recovery af Andresen (2003, p. 592) omtales som en intrinsisk proces, der kan faciliteres og støttes af

professionelt sundhedspersonale, men er grundlagt i det enkelte menneskes håb for fremtiden.

Selvforstyrrelsen er således vigtig at forstå, både i forbindelse med sygdomsforståelse, men ligeledes vigtig for behandlingsforløbets succes. Men hvad er selvet, og hvordan er det forstyrret?

Selvet er en diffus størrelse, og er et begreb, der bliver brugt i flæng i det daglige sprog, ofte indforstået som dét, der adskiller én fra omverdenen, og gør én unik. Et selvbegreb indrammer således en ide om en distinktion mellem subjekt og objekt, der baseres på f.eks. personlighed, følelser, adfærd over tid og ønsker for fremtiden. Selvet er ligeledes bundet på fysisk afgrænsning; jeg er alt fra mine tåspidser til næsetip, kroppen er en del af mig, og jeg er kroppen.

Selvet er således et refleksivt koncept, der indkapsler, hvem man er, samt hvad man er i forhold til omverdenen. Inden for psykologien er selvet en omdiskuteret størrelse, og der findes mange forskellige teorier til at forstå selvets udvikling, selvet som mekanisme, samt selvet i sin sociale kontekst. I indeværende afhandling vil henholdsvis psykiateren Ronald David Laings (1927-1989) eksistentielle fænomenologiske teori om et spaltet selv samt psykologen Hubert Hermans (1937-) teori om et dialogisk selv blive præsenteret, da disse selv-teorier findes relevante for at kunne beskrive psykologiske aspekter af skizofrenilidelsen i indeværende afhandling. Disse modeller for den psykologiske lidelse ved skizofreni er ikke endegyldige svar, men bør ses som arbejdsredskaber til at øge forståelsen af et komplekst fænomen.

Cullberg (2001, p. 53) mener, at sådanne psykologiske modeller er berettiget, såfremt de giver en øget indsigt og udvidet forståelse af menneskets oplevelse af skizofreni. En psykologisk vinkel på dette aspekt af grundlidelsen er derfor vigtig, da dette aspekt af lidelsen ikke står tydeligt frem i de diagnostiske beskrivelser af sygdommen og derfor må beskrives på

anden vis (Sass & Parnass, 2003, p. 427). Disse to selvteorier præsenteres i nedenstående afsnit.

2.3 - Dialogisk-selv-teori

Lysaker & Lysaker (2011b) forsøger at beskrive aspekter af selvforstyrrelse, der kan optræde i forbindelse med skizofreni, ud fra en forståelsesramme af teorien om "*det dialogiske selv*", der er udformet af den hollandske psykolog Hubert Hermans (f. 1937). DST er baseret på sammensmeltningen af to koncepter fra psykologi og sprogfilosofi, henholdsvis ideen om et selv og forståelsen af dialog. Dialog er typisk forstået som et kommunikativt fænomen mellem to mennesker, hvor kommunikationen er rettet mod en anden. I DST antages selvet at være udgjort af en refleksiv indre dialog mellem en uanet mængde af internaliserede *jeg-positioner* i en indre verden, der er et *society of mind* (Hermans, 2014, p. 139).

2.3.1 - Jeg-positioner

Sådanne jeg-positioner afspejler forskellige selvforståelser indlejret og formet af samfundet, kulturen og de normer, mennesket lever under. En jeg-position kan være ideen om jeg-som-studerende eller jeg-som-dansker, men kan ligeledes repræsentere en udvidet jeg-position baseret på en internaliseret oplevelse af en anden (jeg-som-præsident) (ibid., p. 140). Det indre selv er således koblet til omverdenen, da jeg-positionerne er udtryk for forskellige selvopfattelser, der er bundet til menneskets livsverden, og former samtidigt selvet i den indre dialog. Disse jeg-positioner indgår i en intern dialog, hvor information, meninger og magtforhold afspejles i denne indre verden. Selvet udgøres derfor af et projiceret billede af den omverden og det samfund, mennesket har levet i, samt eksisterer i nu og her. Selvet dannes og ændres

ud fra disse dialoger mellem internaliserede jeg-positioner, der påvirkes af tid og rum. Menneskets indre verden skal på denne måde opfattes som en scene, hvor personerne på scenen repræsenterer forskellige selvforståelser, forestillende andre, og roller, der ellers findes i den omkringliggende verden (ibid).

En person kan have mange forskellige og uoverensstemmende selvforståelser, der kan skabe indre konflikt, når personen skal agere. Eksempelvis har en mand disse jeg-positioner: *jeg-som-god-far* og *jeg-som-pligttopfyldende-medarbejder*. Disse to jeg-positioner vil blive sat i spil, når manden står i en situation, hvor magtforholdene mellem jeg-positionerne udgør et dilemma eller en krise med konfliktfyldte interesser. Dette kan eksempelvis være en situation, hvor manden skal forholde sig til, hvorvidt han skal hente sit barn fra institutionen i arbejdstiden fremadrettet, da hans barn ofte står alene tilbage, når alle andre forældre henter deres børn om eftermiddagen. Dette implicerer begge jeg-positioner, da han negligerer sine arbejdsopgaver ved at efterlade arbejdspladsen før tid, for at nå at hente barnet. Det er svært at være pligttopfyldende på sit arbejde, hvis han går tidligere og risikerer at komme bagefter med arbejdsopgaver, omvendt er det svært at være en god far, hvis hans barn altid står alene tilbage på institutionen, fordi han arbejder meget. Disse jeg-positioner forholder sig reflektivt til situationen og indgår i en aktiv indre dialog, der bestemmer mandens handling. Det kunne tænkes, at den faderlige jeg-position ville vinde dette dilemma, hvis tilfældet i dette hypotetiske eksempel er, at manden vægter faderollen vigtigere end alt andet, og således står stærkere i denne indre magtkamp mellem selvforståelser. Eksemplet kunne ligeledes udbygges med jeg-positioner, der er internaliserede forestillinger om barnets tanker, chefens mening, eller samfundets syn på korrekt adfærd. Den indre dialog repræsenterer netop den komplicerede verden, manden lever i. Dialogen med disse jeg-positioner, der kommer fra forskellige selvforståelser samt generaliserede andre, sammenstiller Hermans (2014) med forfatteren

Dostojevskij dramaturgiske kneb, hvor en alvidende 1. persons fortæller er erstattet af karakterernes samtaler med forestillede antagonister, således at historien og forfatterens tanker spejles i dialoger mellem hovedkarakteren og eksempelvis djævelen. Dette kaldes en polyfonisk skildring, hvor historien bliver forstået ud fra hovedkarakterens tanker og refleksioner efter dialoger med opponenter til dennes historie. En sådan polyfonisk struktur skaber ligeledes selvet, da dialogen mellem jeg-positionerne giver selvet en dybde, da hver enkelt jeg-position rummer et andet syn på og tilgang til verden. Disse stemmer er ikke altid i aktiv dialog, men bør forstås som dialog i den ydre verden; nemlig påvirket af magtpositionering og turtagning i samtalen, hvor ytringer skiftevis forsøger at vinde en dialog, samt nogle jeg-positioners naturligt stærkere stilling i visse kontekster. De mange forskellige jeg-positioners magtstrukturer ændres ud fra omstændigheder, hvorfor "den gode fader" kan stå stærkere og trumfe andre jeg-positioner i omstændigheder, hvor denne jeg-position står stærkt. Disse strukturer er ikke statiske, men magtbalancen giver kontinuitet i selvopfattelsen, hvorfor jeg-positioner sjældent er tydelige, men kan træde tydeligt frem i dilemma situationer eller ved følsomme situationer, hvor flere divergerende jeg-positioner er påvirket (Hermans & Gieser, 2011).

2.3.2 - Skabelsen af en tredje-position

Hermans (2014) taler om *den tredje position*, der er en integration af flere jeg-positioner, der er modsætningsfyldte. For at overkomme denne ambivalens kan en tredje position blive skabt for at forbinde sådanne modstridende holdninger i en syntetiseret tredje position, ligesom to politiske partier, der indgår et kompromis. I dette tilfælde kan det være, at jeg-som-pligttopfyldende-medarbejder og jeg-som-god-far bliver integreret i en forståelse, hvor manden ser sig selv som en god fader, der gør en indsats for at tage sig af sine børn, og derved er pligttopfyldende i forhold til

faderrollens arbejdsopgaver - en tredje position ville således kunne være jeg-som-pligttopfyldende-forælder.

Jeg-positioner og tredje positioner er normalt ubevidste, men en *metaposition* kan opstå, hvor mennesket forsøger at se sig selv udefra. Dette kan være manden, der aktivt tænker på, hvad hans langsigtede tanker om faderrollen indebærer: Vil det i det lange løb være god faderlig omtanke at prioritere sin karriere for at kunne stræbe efter en større indkomst og sikre muligheden for at kunne sikre barnet økonomisk i dets opvækst, eller er barnets oplevelse af en tilstedeværende far, der prioriterer tid med barnet vigtigere? Denne aktive handling af refleksion er en metaposition, hvor jeg-positionen omfortolkes og forstås ud fra et andet grundlag end det umiddelbare.

Disse mange stemmer i den indre dialog kan være bestående af utallige disharmoniske og forskellige holdninger, der forsøger at overdøve hinanden. Dette beskriver Hermans & Gieser (2011) som en indre kakofoni. Dette indre kaos, kan blive bragt i orden af såkaldte *promoter positioner*. Disse er ofte retvisende og innoverende stemmer fra forældre, forestillede stemmer af spirituel eller religiøs karakter, eller fiktive personer fra kunst og kultur. Promoter positionerne har den rolle, at de kan skabe orden i denne indre kakofoni og give en retningslinje for, hvordan selvet bør udvikle sig, og hvilke jeg-positioner, der bør høres. Hermans & Gieser (2011, p. 14) omtaler derfor promoter positionerne som de positioner, der skaber selvet *par excellence*.

2.3.3 - Jeg-positioner og skizofreni

Lysaker & Lysaker (2011, p. 2f) påpeger, at selvforstyrrelsen ved skizofrenilidelsen kan vise sig forskelligartet, men denne er dog en gængs problematik ved lidelsen. De finder det paradoksalt, at personen med skizofreni selv kan være bevidst om at lide under et manglende eller

forandret selv, men de prøver at forstå det meningsfuldt ud fra en forklaring om den indre dialogs forandring eller nedbrud (ibid. p, 4). Følelsen af et tomt selv kan forstås som det totale nedbrud af den indre dialog. Dette ville fratage muligheden for forandring og udvikling af jeg-positionerne, der udgør selvet, da ingen magt-positionering eller tur-tagning finder sted. Den hypotetisk kommunikative mekanisme i den indre verden er simpelthen krakeleret, og selvet mister grundlaget for at tage valg og forholde sig til omverdenen ud fra sin indre verden. Lysaker & Lysaker (2011, p. 5) understreger dog, at dette totale nedbrud af dialogen ikke er den eneste mulighed for en forandret selvfølelse; dialogen kan ligeledes være forandret ved at være blevet monologisk, hvor kun én jeg-position dikterer forståelsen af omverdenen, da den kan trumfe alt. Verden bliver derved ensformig og fattig på forandring, samtidig med, at den indre verden vil blive mere fjern fra virkeligheden. En tredje mulighed for en forstyrret selvoplevelse er en kakofonisk forstyrrelse af dialogen, hvor selvfølelsen ville være overvældet og angst, da ingen forklaringer eller grundlag at handle på ville være fremstående, da alle forskellige jeg-positioner træder frem, og ingen sammenhæng eksisterer i selvet.

2.3.4 - DST i forbindelse med psykoterapi

Lysaker & Lysaker (2011) argumenterer for, at DST kan bruges som en teoretisk ramme til at tilgå skizofreniens selvforstyrrelse psykoterapeutisk, og Ho (2011) omtaler en sådan terapeutisk tilgang baseret på DST, som dialogisk aktions terapi. Grundprincippet i denne tilgang er, at patienten og terapeuten forholder sig til relationer. Dette ud fra grundtanken, at en social tilstedeværelse af andre og forestillede andre i menneskets indre univers spiller en vigtig rolle i forholdet til sig selv, men også bidirektionelt forstået ved, at patienten reflekterer over, hvordan andre oplever og forstår patienten. Både den intrapersonelle dialog i menneskets selvbevidsthed og den interpersonelle dialog mellem patienten og andre er søgt forstået for at

sammenholde interaktionen mellem den indre dialog og den ydre dialog med andre mennesker (Ho, 2011, pp. 3-5).

Behandleren skal påtage sig en rolle som mediator i forhold til det skizofrene sammenbrud af den interne dialog. Behandleren skal forsøge at forstå hvilke jeg-positioner, der fremstår i patientens indre univers, samt skabe sig et overblik over patientens evne til indre dialog. Ved at identificere holdbare jeg-positioner og fokusere på patientens evne til at foretage en tværgående social kalkule, som den indre dialog bør være, kan behandleren skabe et overblik over, hvilket fokus, han bør have i terapien. Terapeuten kan på denne måde agere som en ekstern hjælp til den indre dialog, hvilket Lysaker & Lysaker (2011) foreslår kan have en psykoterapeutisk helende effekt for patienter med selvforstyrrelse eller andre subjektive psykologiske aspekter af skizofrenilidelsen. DST kan derfor ses som et værktøj til at tilgå den enkelte patients selv-problematik og skabe en forståelse af selvforstyrrelsen, der i det terapeutiske rum kan gavne patienten såvel som behandleren.

2.4 - Det spaltede selv

En anden væsentlig vinkel på det skizofrene univers er Laings (1960) tanker om galskab og normalitet, som han fremlagde i sit hovedværk: "*Det spaltede selv*" fra 1960. Dette værk blev opfattet som et oprør mod den etablerede psykiatris menneskesyn, behandlingsparadigme og brug af magt, samtidigt med at Laing foreslog en radikalt anderledes forståelsesramme til at behandle og forstå patienter med skizofreni, en såkaldt eksistentiel fænomenologi (Laing, 1960, p. 13). Laing var dybt inspireret af kontinental eksistentiel filosofi og litteratur, og hans holdninger var i skarp opposition til datidens psykiatri, hvor brugen af sedativer, insulin-kure, elektrokonvulsiv terapi, lobotomi og tvang var i fokus. Laing ville gøre op med denne praksis, da han mente, at den var menneskefjern og skadende

behandlinger, der gik imod det hippokratiske lægeløfte. Han ville sætte menneskets ret til selvbestemmelse i hovedsædet og ville ikke tvinge sine "patienter" til at tage medicin, men søgte at hjælpe dem ved at møde dem som sine medmennesker og tale med dem for at forstå dem. Laing (1960) antog, at psykosen var meningsfuld og skulle forstås ud fra den livssituation, som mennesket befandt sig i. Derfor oprettede han i 1965 det eksperimentelle refugie "Kingsley Hall", hvor mennesker, der søgte hjælp, men ikke ønskede at blive indlagt i hospitalspsykiatrien, kunne bo i fællesskab med Laing og andre af samme overbevisning, der mente at tvang og medicin var forkert (Beveridge, 1998). "Kingsley Hall" opererede i en årrække, men blev opgivet i slutningen af 60'erne, da der var flere episoder med selvmord og uhåndterbare psykotiske beboere (ibid.). Laings radikalitet bestod således i hans iver efter at forandre psykiatrien ved at gøre op med den gældende behandling.

Grundkritikken i "Det spaltede selv" af datidens biomedicinske tankegang inden for psykiatrien går på det psykiatriske systems dehumanisering af mennesket i behandling:

"(...) en autentisk videnskab om personer (er) knap nok kommet i gang på grund af den indgroede tendens til at depersonalisere og tingsliggøre personer. På følgende sider vil vi især se på personer, der oplever sig selv som automater, robotter eller stumper af et maskineri, eller endog dyr. Sådanne personer betragtes med rette som tossede. Men hvorfor betragter vi ikke en teori, der søger at omforme personer til automater eller dyr, som lige så tosset?" (Laing, 1960, p. 20).

I 1964 udgav Laing bogen "Madness, sanity and the family", der trak på Bateson et als (1958) ideer om den skizofrenogene moder, der kan sætte sit barn i en kommunikativ situation kaldet double-bind, hvor intet udfald er godt. Bogen skabte dog et fundament for, at de pårørende til patienter med

skizofreni i mange år blev udeladt fra behandlingen af skizofreni, da deres rolle blev opfattet som medvirkende til patientens lidelser (Beveridge, 1998).

Laings eftermæle er blevet blakket, især grundet koblingen med David Coopers anti-psykiatri, der søgte at frigøre de sindslidende fra samfundets kontrol ved at stoppe psykiatrien. Laings tanker er derfor ikke *comme il faut* inden for moderne psykiatri, men hans pointe om at patienter i psykiatrien er mennesker, der oplever at være mennesker, har stadig en relevans idag, da risikoen for behandlingens objektivisering af mennesket stadig er aktuell. Laings (1960) tanker om behandling og forståelse af skizofreni lider stadig under den problematik, at det er et ensidigt syn på skizofreni. Selvsamme problematiske ensidighed som Laing (1960) klandrer den biomedicinske forståelse af skizofreni for. I de seneste årtier har forståelsen af skizofreni som en kompleks heterogen lidelse, der kræver et nuanceret blik på behandlingen, samt forståelsen af mennesket såvel som lidelsen, vundet indpas i moderne psykiatri, hvorfor Laings teoretiske forståelse af skizofreni vil blive brugt i indværende opgave med en vis påpasselighed, da hans kritiserede behandlingen af en anden tid. Laings tanker om skizofreni og galskab vil dog stadig blive præsenteret, da hans eksistentiale og alternative syn på skizofrenien har været med til at danne et grundlag for den humanistiske tilgang til behandling af skizofreni, der udvikles og til en vis grad eksisterer den dag idag. Laing er relevant, da hans tanker står i skarp kontrast til den diagnostiske tankegang om den skizofrene lidelse, hvor symptomer og prognostik er i hovedsædet. Ydermere er Laings pointer om det menneskelige møde og dialogen med den lidende relevante i moderne behandling, som de var det for snart 60 år siden.

2.4.1 - Utryghed og angst

I følgende afsnit vil Laings (1960) tanker om ontologisk usikkerhed og selvforståelsens sammenhæng med skizofreni blive præsenteret. Laing

skelner mellem *ontologisk tryghed* og *ontologisk utryghed* (ibid. p. 39). Det at være ontologisk tryk er evnen til at forstå sig selv som et helt menneske i verden, der adskiller sig fysisk og psykisk fra andre samt anerkender, at det ligeledes er situationen for andre mennesker. Denne sikkerhed i sin væren i verden udvikles, ifølge Laing, tidligt i livet og danner fundamentet for den senere personlige udvikling, hvor mennesket danner et robust grundlag for at stå imod eksistentiel angst, som livet byder en. Laing (1960) antager at mennesket kan blive ontologisk utrygt grundet en opvækst i en patologisk familiedynamik.

Eksistentiel angst påvirker alle mennesker i større eller mindre grad, og en ontologisk utryk person er mere præget af denne angst, end ontologisk trykke mennesker. Laing mener, at denne eksistentielle angst især træder frem i tre former: *opslugning*, *implosion* og *forstening*. Denne angst vil påvirke det ontologisk utrykke menneske, da det grundlæggende ikke stoler på sig selv eller verden omkring ham. Denne person "*kan ikke dele verden, som han oplever den, med andre mennesker.*" (Laing, 1960, p. 44). Det utrykke menneske er bange for at miste sig selv og sin identitet, i større grad end mennesket, der har en naturlig tillid til verden og sig selv.

Angsten for opslugning er en altopslugende angst for at miste sig selv i forbindelsen med omverdenen. Kærlighed er den største trussel, da denne gennemgribende følelse af at blive forstået og grebet vil true selve selvstændighedens eksistens i den ontologisk utrykke person. Identiteten er således truet af risikoen for opslugning fra en anden person: "(...) *I stedet for polariteten mellem adskillelse og samvær, der bygger på individuel selvstændighed, er der modsætninger mellem et komplet tab af væren ved indoptagelse i den anden person (opslugning) og fuldstændig ensomhed (isolation).*" (Laing, 1960, p. 45). Evnen til fortabelse i en anden, som kærligheden bundler i, kan udelukkende lade sig gøre, såfremt mennesket er sikker på sig selv. Laing beskriver i denne sammenhæng vigtigheden af autencitet i terapeutens virke; kærlighed (deraf ønsket om at hjælpe) skal

ikke foregives, men være reelt, da patientens håb eksisterer i mellemrummet mellem det opslugende og det ligegyldige aspekt i terapien (ibid. p. 46).

Netop denne angst kan vise sig i et psykotisk udtryk som frygten for at lade andre komme sig nær og derigennem også frygten for at komme andre nær.

Implosion er angst for virkelighedens totale tillintelsesgørelse af identiteten. Kontakt med virkeligheden ses som en konstant trussel, der udfordrer identiteten. Dette kan ofte være et selvbillede, der ikke hænger sammen med realiteten. Virkeligheden i sig selv virker truende, hvis selvbilledet kan splintres, når det spejles i omverdenens forståelse af én (ibid., p. 47).

Den tredje eksistentielle angst er angsten for forstening, der er frygten for at blive depersonaliseret af en anden ved ikke at blive set som et subjekt, men istedet som et objekt. Denne angst omhandler utrygheden i, at andre kan negligere ens identitet og væren ved ikke at anerkende ens følelser og tanker. I tilfælde af denne depersonalisering vil en ontologisk utryg person føle sig som forstenet, da deres ontologiske selvstændighed er for usikker til at modstå en sådan trussel. Typisk vil angsten for at blive forstenet medføre et forsvar, hvor man i sin adfærd og tankegang forstener andre. Laing omtaler en patient, der i sin angst for at miste sig selv objektificerede sin kone i en grad, at han omtalte hende som en "den", hvis handlinger kunne forudsiges, som en analyse af et stykke maskineri. Denne evne til at ødelægge ideen om, at det andet menneske er en person, sikrer, at ens egen usikre identitet er beskyttet imod den latente trussel, at andre mennesker kan skade én i relationen, da man forventer, at de forstår og anerkender én som et selvstændigt menneske. Man kan ikke have en virkelig relation, hvis man ikke anerkender deres selvstændighed.

Paradoksalt vil selvsamme forsvar medføre en altomfattende isolation, der frarøver grundlaget for selv at være et autonomt individ, da man intet har at adskille sig fra: *"Evnen til at opleve sig selv som autonom betyder, at man virkelig oplever, at man er en selvstændig person i forhold til alle andre."* (Laing, 1960, p. 55).

2.4.2 - Selvet

Laing (1960) mener, at mennesker med en tryk væren-i-verden normalvis sammenholder deres selv med deres fysiske og kropslige selv. Selvet føler, sanser og oplever derved verden gennem sin krop. Ekstrem angst kan dog tvinge mennesket til midlertidig dissociation for at beskytte det psykiske selv fra en trussel, der udelukker muligheder for flugt. Denne symbiose mellem det psykiske og det fysiske selv er dog ikke givet: ovennævnte former for angst medfører, at den ontologisk utrygge person kan udvikle en vedvarende fraspaltning af sit selv, der adskiller selvet fra kroppen og virkeligheden ved at skabe et *falskt selv*, der som en mur skærmer selvet fra direkte interaktion med omverdenen.

Laing beskriver det falske selv således: *“Man handler i overensstemmelse med andres definition af, hvad man er, i stedet for at handle ud fra sig egen definition af, hvem eller hvad man ønsker at være. Det vil sige, at man bliver, hvad den anden ønsker og forventer af én, mens ens eget “selv” kun kommer til udtryk i fantasien(...).”* (Laing, 1960, p. 110).

Et sådan falskt selv forholder sig tomt til omverdenen og fjerner individets rigtige selv fra den truende virkelighed. Denne adskillelse isolerer dog menneskets følelser, tilstedeværelse og grundlag for væren i verden og vil på sigt kvæle individualiteten og det reelle selv, således at mennesket vil føle sig tomt (Laing, 1960, p. 78f). Selvfølelsen bliver altså ødelagt i forsøget på netop at beskytte selvsamme eksistentielle fornemmelse. Laing omtaler dette som en skizoid organisering, da verden er adskilt fra selvet og omvendt (Laing, 1960, p. 85). Denne isolation af alt menneskeligt afskærmer individets selvfølelse og opleves af den skizoide person som en beskyttelse af sig selv og andre: *“(Den skizoide) stiger ned i en malstrøm af ikke-væren for at undgå at være, men også for at beskytte væren mod sig selv.”* (Laing, 1960, p. 104).

Laing påeger, at problemerne med dannelsen af en skizoid organisering og derved et falsk selv er grundstenen for psykosen. Han antager, at psykosen ofte er en maladaptiv måde at udtrykke følelser fra det reelle selv, der har været gemt væk, hvilket han belyser med casehistorier og analyser af tidligere patienter. Eksempelvis kan et had til en moder, der af barnet opleves som kontrollerende og egocentrisk, vise sig som en psykotisk parodi, hvor datteren udspiller rollen som den moder, hun ikke kan udstå, men ej heller konfronterer. Psykosen får derved sin egen logik, der henvender sig til den psykotiske persons indre univers, der umiddelbart kan virke uforståeligt og skizofrent, men Laing mener, at en empatisk analyse vil kunne bringe selv-problematikken frem i lyset, og derigennem bedres, ved at gøre op med det falske selv (ibid.). I det psykotiske univers kan konformitet og føjelighed derved være udtryksformen for et indre had og en modvilje. Psykosen kan altså forstås som en kodet besked, der røber patientens indre følelser, og ved at anerkende menneskets følelser og se det psykotiske som en reaktion, der til dels kan være meningsfuld, kan patienten opnå en bedring. Ved at sammenstille psykosens udtryk med den bagvedliggende eksistentiale problematik, prøver Laing at skabe en måde at forstå den psykotiske adfærd på. Han skriver, at psykiatrien til tider omtaler pludselige psykotiske udfald i menneskers liv, men intet er pludseligt ud fra hans logik, da selv-problematikken har været tilstede i forvejen. Det falske selv bliver katalysatoren for, at mennesket ophører med at forholde sig til virkeligheden. Nedenstående er et citat, der understreger Laings pointe med, at man skal søge at forstå mennesket og ikke fokusere på symptomatikken:

“En sådan person (der har et falsk selv, der tilpasser sig omverdenen) er, til trods for at han udadtil er tilregnelig, blevet tiltagende vanvittig indadtil.

Denne type tilfælde kan for en overfladisk betragtning fremvise et højst forvirrende problem, da man ved en gennemgang af den “objektive” historie ikke kan identificere nogle forståelige forudgående belastninger og heller ikke retrospektivt kan finde nogen åbenlys antydning af, at en sådan belastning var umiddelbart forestående. Først når man har mulighed for fra

individet selv at høre historien om hans selv - og ikke, hvad en psykiatrisk sygdomshistorie som regel handler om, nemlig det falske selv-system - bliver hans psykose forståelig.” (Laing, 1960, p. 168).

Laings tanker om det spaltede selv er i hovedtræk relevante af tre grunde: Først og fremmest påpeger Laing, at behandleren i den psykiatriske behandling skal være bedre til at forholde sig til den enkelte patient som et menneske, der forsøger at være menneske under de omstændigheder, han vokser op med og eksisterer i. Hans skrivelser må siges at være radikale, men hans mission om at mennesket skal træde mere frem i den psykiatriske sygdomsforståelse er egentligt meget lig den holistiske og helhedsorienterede retning, som recovery-bevægelsen forsøger at indføre i psykiatrien nu (Davidson, 2016). Slutteligt er Laings tanker om selv-forstyrrelsen ved skizofreni yderst relevante, da netop dette aspekt ved den skizofrene lidelse i årtier har været overset ved at have været udeladt fra diagnostikken og derfor også i behandlingen.

I følgende afsnit vil behandlingen i den danske psykiatri blive præsenteret. Først præsenteres den medikamentelle del af behandlingen og dernæst psykiatriens generelle tilgang til behandling af skizofreni.

2.5 - Farmakologi

Den farmakologiske behandling af skizofreni startede i 1950'erne, da chlorpromazin kom på markedet, og det ved et tilfælde blev opdaget, at medicinen mildnede psykotiske symptomer (Le Quach, 2011, p. 111). Chlorpromazin blev kort efter efterfulgt af en række præparater, der omtales som førstegenerations præparater eller typiske antipsykofarmaka. Disse stoffer har udpræget risiko for ekstrapyramidale bivirkninger, hvor patienter kan opleve tardiv dyskinesi (ufrivillige bevægelser af krop og

ansigtsmuskulatur), akatisi (udpræget uro), og parkinsonisme (sitren, forandret kropsholdning), samt risiko for metaboliske forstyrrelser og død (Dilbaz, 2015; Leucht & Corves, et al., 2009). De forskellige præparater inddeles i grupper af høj-dosis, mellem-dosis, og lav-dosis stoffer. Disse grupper refererer til stoffernes affinitet for dopaminerge D2-receptorer i hjernen, hvor lavdosis præparaterne er mere potente, men er ligeledes kendetegnet ved at have større risiko for ekstrapyramidale bivirkninger (Le Quach, 2011, p. 113). I de seneste årtier er de såkaldte andengenerations- eller atypiske præparater kommet på markedet. De er kendetegnet ved at være mere selektive i deres bindingsprofiler, hvilket begrænser risikoen for ekstrapyramidale bivirkninger (ibid.). Atypiske antipsykofarmaka er førstevalget i behandlingen af patienter i behandling for skizofreni, og medicinsk behandling er ved patienter i den akutte symptomfase foranstillet andre former for støtte og terapi (Le Quach, 2011, p. 115). For at undgå bivirkninger vil dosis opstartes lavt, og opjusteres til tilfredsstillende effekt med kontinuerlig monitorering for bivirkninger. Målet med den medikamentelle behandling er at stabilisere patienten og på sigt nedtrappe indtil medicinindtagets ophør, ved gentagne indlæggelser for psykoser vil livslang medikamentel behandling i laveste effektive dosis anbefales (Krarup, 2009, p. 110).

2.5.1 - Adherence

Den ordinerede medikamentelle behandling af skizofreni i psykiatrien er sjældent efterfulgt af patienterne; omkring to tredjedele af patienterne under antipsykofarmakologisk behandling tager ikke medicinen som ordineret - typisk glemmer patienten at tage det, begynder at tage lavere doser, eller dropper bevidst ud af den medicinske behandling (Le Quach, 2011, p. 122). Nogle identificerede anledninger til manglende adherence (afbrudt behandling) kan skyldes et dårligt fungerende patient-behandler forhold, manglende støtte fra patientens omgangskreds, behandlingens kompleksitet,

bivirkninger, stofmisbrug eller nedsat kognitiv funktion (Nitzan & Bukopza, et al., 2013). Mangel på medicinsk adherence kan resultere i genindlæggelse og psykotiske tilbagefald, hvorfor der i psykiatrien er fokus på, hvordan adherence kan forbedres. Dette har blandt andet skabt fokus på mere medinddragelse af patienten, hvor fordele og ulemper ved medicinering vendes, og patienten selv er aktiv deltager i planlægningen af sit medicinske indtag (Le Quach, 2011, p. 122). Medicinsk adherence ses som et vigtigt fundament i den samlede behandling, da medicinen har en stabiliserende karakter og sikrer, at støttende sociale tiltag og psykoterapi kan benyttes (Krarup, 2009, p. 102).

Medicinens rolle i psykiatrien er vigtig, da denne i mange tilfælde muliggør anden behandling, dog er netop den medicinske behandling grundlag for problematikker på de lokale afdelinger, da modstand mod medikamentel behandling kan ende ud i tvangsmedicinering, hvilket både koster ressourcer og er skadende for behandlingsrelationer og patienters opfattelse af det psykiatriske system (United Nations, 2017). Den antipsykiatriske bevægelse har især fokuseret på medicinens skadelige virkninger og brugen af tvang i psykiatrien, hvor især Peter Gøtzsche i samfundsdebatten har været en markant modstander af medicinering i psykiatrien (Gøtzsche, 2016). Denne debat er dog ikke nødvendigvis en enten/eller debat, og de danske regioner har målsætninger om at minimere tvang, samt sikre en kvalitativt bedre behandling (Danske Regioner, 2014). Generelt er holdningen, at antipsykofarmaka er nødvendig for behandlingen, men bør dosis bør begrænses så vidt muligt (Krarup, 2009). Organisationen Bedre Psykiatri, der vil forbedre psykiatrisk behandling i den danske psykiatri, skriver således om deres holdning til medicin:

“Medicin hjælper mange mennesker med psykisk sygdom. Men medicin bør ikke være den eneste behandling. Både fordi medicinen har begrænset eller ingen effekt for mange mennesker, og fordi den syge har større chance for at blive rask, hvis medicinen bliver kombineret med terapi,

pårørendeinddragelse og andre former for behandling” (Bedre Psykiatri, 2019).

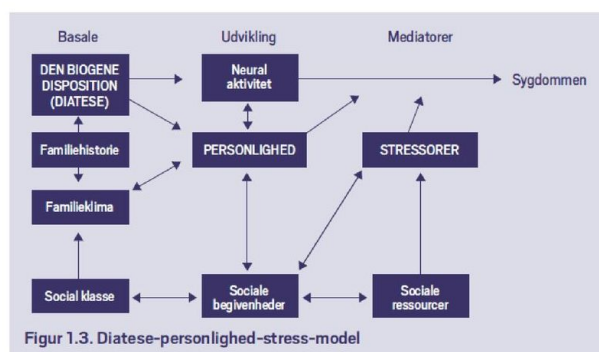
Indeværende afhandling tager afsæt i denne holdning, og medicin ses som en nødvendighed, der både har positive og negative effekter på behandlingen. I interviewundersøgelsen vil spørgsmålet omkring medicin blive vendt, da konflikt i forhold til medicinsk behandling af flere patienter bliver beskrevet som en situation, der påvirker patient-behandler relationen i en negativ retning, hvis patienten ikke føler sig inddraget i den medicinske behandling (Bacha, 2019).

2.6 - Diatese-stress modellen

Følgende afsnit vil tage udgangspunkt i psykologen Paul Meehls (1962) diatese-stress model, der blev udviklet for at beskrive risikofaktorer for skizofreni, og hvordan disse kan forstås konceptuelt. Meehls (1962) model er bredt anerkendt, og bruges generelt i sammenhæng med forståelsen af psykopatologi (Zuckerman, 1999, p. 4). Med diatese-stress modellen antages det, at et genetisk underliggende komponent for skizofreni, et skizogen, udgør en specifik ætiologi. At det er en specifik ætiologi betyder, at skizogenet er nødvendigt, men ikke fyldestgørende for at et individ udvikler skizofreni, dertil kræves nemlig en stressor. Diatese betyder disposition, og henviser til det organiske grundlag, som i Meehls (1962) originale artikel præsenteres som arvelighedslæren for skizofreni, hvor et genetisk komponent, et skizogen, kunne spores ud fra bl.a. tvillingestudier (p. 827). Skizogenet kan genotypisk resultere i et arveligt neuralt integrativt defekt, Meehl (1962) omtaler som skizotaxia. Et individ, der genotypisk forstås som skizotaxisk, vil kunne udvikle en enten stress-sårbar eller kompenserende skizotypisk personlighedsorganisation (ibid., p. 831). Denne skizotype er udgjort af fire kerne-adfærdstræk, der udvikles enten i en sårbar eller

resilient grad, alt afhængigt af det socialt forstærkede interpersonelle læringsregime, som det skizotaxiske individ er en del af (ibid. p, 829). Disse relevante adfærdstræk er anhedoni, ambivalens, social angst samt modstandsdygtighed overfor stress. Disse adfærdstræk kan således udvikles, gennem den sociale læring som individet er indlejret i, til enten at blive en sårbarhedsfaktor eller en beskyttende faktor i forhold risikoen for at udvikle skizofreni som fænotype. Meehl (1962) argumenterer således for, at et individ, der er prædisponeret genetisk til at kunne udvikle en skizotype, der udgør en sårbarhedsfaktor, under gode opvækstvilkår og et godt socialt læringsregime kan udvikle en kompenseret "normal" skizotype, der aldrig vil manifestere symptomer for skizofreni (p, 830).

Zubin & Spring (1977) videreudvikler modellen for skizotyper til at omfatte konstruktet sårbarhed, der er et generaliseret personlighedstræk, der varierer individuelt efter genetik, økologisk udvikling, læringsmiljø og andre psykosociale faktorer, der påvirker personlighedens udvikling. Dette træk ved personen afgør personens tærskel for, hvilken grad af stress, der kan facilitere psykopatologisk udvikling, samt beskyttende personlighedstræk som *coping* og *confidence* (Zuckerman, 1999, p. 4). Disse personlighedstræk påvirker individets psykose-tærskel (ibid.). Dette fokus på personlighedens rolle i psykopatologisk udvikling berettiger derfor, at modellen nu om dage også omtales som diatese-personligheds-stress modellen (Møhl & Simonsen, 2017, p. 46f). Modellen er præsenteret nedenstående:



Grundbog i psykiatri, Hanz Reitzels Forlag, 2017, Erik Simonsen & Bo Møhl (red.)

2.6.1 - Diatese

Diatesen, eller den biogene forståelse af skizofreni, er især fokuseret på den genetiske arvemasses indvirkning på risikoen for at udvikle skizofreni.

Livstidsprævalensen er cirka 1% i baggrundspopulationen, men risikoen hos den enkelte kan være højere, hvis sygdommen findes i dennes slægt (Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1968; Zuckerman, 1999, p. 5).

Tvillingestudier af homozygote-tvillingepar viser, at den ene tvilling har en risiko for at udvikle skizofreni på 50%, hvis den anden tvilling har sygdommen, uanset om tvillingerne er deler opvækstvilkår eller er bortadopterede (Nordentoft, 2009a, p. 18). Sygdommen har således en vis polyfaktorialitet, da en mendelliansk lidelse genetisk ville kode for at begge udviklede sygdommen, men skizofrenien er påvirket af det omgivende miljø og psykologiske faktorer (Zuckerman, 1999, p. 4f). Den forøgede risiko for skizofreni falder, des mere fjernt man er blodsbeslægtet med den sygdomsramte, og risikoen er kun 4%, hvis det er en bedsteforældre.

Adoptionsstudier har vist, at børn, der er genetisk disponeret for at udvikle skizofreni, har større risiko for at udvikle sygdommen, hvis de opvokser i familier, hvor der er høj grad af konflikt og dårlig kommunikation, sammenlignet med børn adopteret ind i familier, hvor der er et højt niveau af trykthed, kommunikationsfærdigheder, konfliktløsning og accept, der forstås som beskyttende faktorer (Krarup, 2011, p. 46). Det er samtidigt påvist, at børn, der ikke genetisk er disponeret for at udvikle skizofreni, har samme livstidsprævalens som baggrundsbefolkningen for at udvikle skizofreni, på trods af at vokse op i dysfunktionelle familier (ibid.).

Der er ikke kortlagt et specifikt gen, der koder for udvikling af skizofreni, men flere forskellige gener kobles til sygdommen og menes at stå for 80% af risikoen, hvor de sidste 20% tilskrives miljøfaktorer (Shih, Belmonte & Zandi, 2009, p. 271). Forskningen i genetik er kommet langt, men det er fejlagtigt at

tro, at videnskaben er på tærsklen til at løse det genetiske ophav til skizofreni (Insel, 2010).

2.6.1 - Risikofaktore for skizofreni

Flere andre risikofaktorer er kortlagt, biologiske såvel som psykiske. Børn, hvis mødre prænatalt har haft influenzainfektioner i tredje trimester, været underernærede eller udviklet rhesus inkompatibilitet, har en forøget risiko for at udvikle skizofreni (Zuckerman, 1999, p. 370). Fødselskomplikationer, som hypoxi og præeklampsi, har ligeledes en sammenhæng med forøget risiko for skizofreni senere i barnets liv (Krarup, 2011, p. 47). Prænatale og perinatale påvirkninger er sammenhængende med den genetiske arv, da retrovirale infektioner og forstyrret prenatal udvikling antages at have en epigenetisk effekt (ibid.). Psykologiske faktorer, der påvirker moderen under graviditeten kan ligeledes øge barnets risiko for at udvikle skizofreni, blandt andre stressende begivenheder som pårørendes død, naturkatastrofer og personlige katastrofer (ibid. p, 48). Det antages børn, påvirket prænatalt af moderens forhøjede stressniveau, kan udvikle en overaktiv hypothalamus-hypofyse-binyre-akse og forhøjet baseline kortisol-niveau, der sammenkædes med en lavere psykosetærskel senere i livet (Pruessner, Cullins, Aas & Walker, 2017).

Diatesen bag skizofreni er således polygenetisk og differentieret, men disponerende for patientens risiko for potentielt at udvikle skizofreni. I tråd med Meehls (1962) forståelse af diatase-stress modellen vil en stressor kunne påvirke det skizotypiske individ, der risikerer at udvikle en psykose. Her kommer Zubin & Springs (1977) sårbarhedsbegreb i spil, da en stressor er et relativt begreb, i den forstand, at nogle individer har en højere eller lavere psykosetærskel. Oftest udvikler skizofreni sig i ungdomsårene, hvor der sker store omvæltninger i den unges liv, omvæltninger der i mange henseender opleves af alle unge mennesker, men er af en stressende

karakter. Stressorer, der kan udløse en psykose, kan defineres som: Angsten ved at skulle være selvstændig fra familien. Tabet af en forældre. Bruddet med den første kæreste. Angst for fremtiden. Mobning. Den seksuelle debut. Voldelige overfald. Misbrug af stoffer eller seksuelle overgreb (Krarup, 2011, p. 48f; Zuckerman, 1999, p. 398). Risikoen for at udvikle skizofreni er højere for individer, der lever i en samfundsgruppe af lavere socioøkonomisk status, hvilket antages at skyldes et større socialt pres, som mennesker fra fattigere sociale kredse lever under i form af større økonomisk usikkerhed og, for mange, hårdere arbejdsvilkår (Zuckerman, 1999, p. 338).

2.7 - Skizofrenien har flere faser

Skizofreni inddeles i flere forløbsfaser: Den præmorbid fase, prodrominalfasen, sygdomsfasen, stabiliseringsfasen og vedligeholdelsesfasen (Krarup, 2011). For at få tildelt en skizofrenidiagnose, skal man have haft psykotiske symptomer i en periode af 6 måneder, hvorfor de fleste førstegangpsykotiske bliver opdaget af sundhedssystemet i sygdomsfasen, og typisk efter et symptomatisk forløb, der har varet 1-2 år (ibid. p, 50). Flere projekter forsøger at finde måder, hvorpå mennesker inden for højrisiko-grupper kan blive opdaget allerede i prodrominalfasen (Mohr et al, 2018), og der forskes i neurologiske softsigns, der ville kunne identificere patienter allerede i den præmorbid fase (Chan et al, 2016). Dette skyldes, at varigheden af ubehandlet psykose (VUP) i litteraturen antages at korrelerer med varigheden af behandling indtil remission, hvorfor tidlig behandlingsindsats regnes for at kunne sikre en bedre prognose (Albert et al, 2011). De fleste med skizofreni debuterer mellem 18-25 års alderen, 6% før 15 års alderen, hvoraf en overvægt er drenge (Krarup, 2011, p. 51). Behandlingen inddeles i tre fase-afhængige grupper for forebyggelse, der

hver har et formål for øje (Nordentoft, 2009b):

Formålet med den *primære* forebyggelse er at undgå, at sygdom opstår (højrisiko-grupper).

Den *sekundære* forebyggelse indebærer, at sygdommen identificeres tidligt, så behandling kan rettes mod at forebygge sygdommens udvikling.

Den *tertiære* forebyggelse indebærer målsætningen om at forhindre, at der opstår komplikationer til sygdommen.

2.8 - OPUS

Den primære og sekundære forebyggelse er især i fokus i det danske OPUS-program, hvor unge i alderen 18-30 år, der er førstegang-psykotiske, efter henvisning bliver hjulpet af opsøgende psykoseteams. Sådanne teams er tværfagligt funderede og består af psykologer, læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og socialrådgivere (Nordentoft, 2009b, p. 24). Formålet er at hjælpe den individuelle patient med et intensivt 2-årigt behandlingsprogram, der indebærer psykoedukation af patient og pårørende, gruppebehandling, medicinsk behandling med anti-psykofarmaka, hyppige samtaler med behandlere, samt en samlet indsats med fokus på individuelle behov. OPUS-behandlingen har vist sig bedre til at forebygge eller forsinke udbrud af psykoser end standardbehandling (Bertelsen, Jeppesen, Petersen & Øhlenschläger, 2008). Lignende resultater er fundet i studier af unge fra højrisiko-gruppen behandlet med kognitiv adfærdsterapi (Morrison, French, Walford, Lewis, Kilcommons, & Green, 2004), hvorfor at det nu undersøges, hvorvidt man kan skabe en to-stadie behandling, hvor man først og fremmest behandler med socialrådgivende støtte, støtte i hverdagen, samt kognitiv adfærdsterapi til at mestre patientens symptomer, og derved undgå anti-psykofarmaka og eventuelle bivirkninger. Medicinsk behandling bør kun

benyttes i den primære forebyggelse, hvis patientens tilstand forværres i løbet af et par måneder (Nordentoft, 2009, p. 25).

2.9 - Generel organisering af skizofrenibehandling

Patienter med skizofreni, der ikke er en del af OPUS, vil typisk blive behandlet på et voksenpsykiatrisk afsnit på et psykiatrisk hospital. Mange patienter bliver ved akutte tilfælde af psykose henvist fra psykiatrisk skadestue til at blive indlagt på enten et åbent eller lukket sengeafsnit for psykose-sygdomme, alt afhængigt af sværhedsgraden af deres psykotiske symptomer. Ved mindre akutte tilfælde kan patienter blive henvist fra privatpraktiserende læge til et ambulatorium for psykose-sygdomme, hvor de vil blive udredt og vil kunne modtage ambulante behandling, der både tæller medicinsk behandling, sociale tiltag og støtte, samt individuelle samtaler med psykolog eller læge (Lindhardt, 2017, pp. 957f). Sundheds- og ældreudvalgets (2017) analyse af psykiatrisk behandling på tværs af regioner fandt, at cirka 27% af alle patienter med skizofreni som aktionsdiagnose bliver genindlagt, og i analysen konkluderes det, at genindlæggelserne var kendetegnet ved, at den forudgående indlæggelse var kort eller at patienten bliver udskrevet uden for dagtid eller i weekenden (pp. 41ff). Denne sygdomsbyrde er både belastende for samfundsøkonomien, de enkelte patienter, samt sundhedssystemet, hvorfor der er stor interesse for at forbedre skizofrenibehandlingen, ikke kun for debuterende skizofrene, men ligeledes skizofrenibehandlingen i voksenpsykiatrien som helhed (Mohr et al, 2018).

2.10 - Recovery

Siden 1990'erne er der kommet fokus på, hvordan behandlingen af skizofreni kan ændres til at være mere fokuseret på rehabilitering, remission og minimering af sociale følgevirkninger (Hamm, Hasson-Ohayon, Kukla, & Lysaker, 2013, p. 46). Dette skift i tankegangen for behandlingen af skizofreni kaldes for recovery-bevægelsen. Støtter af denne recovery tankegang argumenterer for at skizofrenidiagnosen er misforstået af lægmand og fagfolk, som en kronisk og progressivt invaliderende lidelse, men dette er ikke tilfældet for alle patienter (Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010). Majoriteten af de skizofrene er berørt af deres sygdom i kortere perioder, men er ikke kronisk syge i ordets forstand, da de kan være velfungerende på trods af enkelte sygdomsperioder. 20% af skizofrenipatienter remitterer fuldt efter 2 år ved at blive asymptomatiske, komme tilbage i arbejde og leve normale liv, mens andre mestrer deres psykotiske symptomer og får et godt liv på trods af eventuelle periodevise positive eller negative symptomer (Krarup, 2011, p. 56).

Recovery-bevægelsen er stærkt hjulpet frem af psykiatriske institutioner, der ændrer behandlingspraksis, for at møde pårørendeforeninger og patientforeningers krav om forandring og bedre forhold for de indlagte (Davidson, 2016). Recovery-bevægelsen har skabt forskningsinteresse for, hvordan den enkelte patient oplever sit sygdomsforløb, sine fremtidsudsigter, samt sine behandlingsmuligheder (Stein et al, 2015, p. 36). Inden for recovery-forskningen undersøges det, hvad recovery egentligt bør betegnes som. I mange kliniske studier af prognosen ved skizofreni er remission og recovery typisk målt i objektive indikatorer som symptomnedgang eller sociale mål (Emsley et al, 2011, p 117). Davidson (2016) argumentere dog for, at subjektive tilkendegivelser om bedring i mange tilfælde giver bedre mening, da mennesker med skizofreni godt kan have et velfungerende og godt liv, på trods af ikke at være symptomfri, og omvendt kan være blevet symptomfri, men livet er stadig påvirket af den tidligere sygdom. Af samme årsag bør recovery handle om selvaccept og selvforståelse (Davidson, 2016,

p. 1096). Recovery begrebet kan altså opdeles i to, henholdsvis klinisk recovery (symptomatisk remission) og personlig recovery.

Målet ved personligt recovery er en individuel forandring, hvor håb om fremtiden, personlige mål, selvaccept og det personlige narrativ er omformuleret af patienten til gavn for deres proces mod et godt liv (Korsbek, 2016).

Samtidigt med recovery-bevægelsens fremkomst, har tankegangen om behandling med mere fokus på det interpersonelle niveau mellem behandler og patient affødt undersøgelser, der tager udgangspunkt i, hvordan forskellige former for psykoterapi kan bruges i forbindelse med standardbehandling på psykiatriske ambulatorier for at hjælpe patienterne til at opnå recovery og bedring (Hamm et al, 2013). Eksempelvis findes der belæg for at støttende psykodynamisk psykoterapi til psykotiske patienter sammen med sædvanlig behandling har bedre effekt end den sædvanlige behandling alene (Rosenbaum et al, 2012). Ligeledes findes effekt ved kognitiv adfærdsterapi rettet mod psykotiske patienter (Kingdon & Turkington, 2019; Khoury et al, 2013).

I modsætning til den tidligere anti-psykiatriske bevægelse, der kritiserede medicinske behandling og psykiatrien som institution (Whitley, 2012), er recovery-bevægelsen kendetegnet ved en overordnet mission om at skabe bedre rammer i den psykiatriske behandling ved at inddrage patienten mere aktivt med personligt engagement, fælles beslutningstagning om behandling, samt generere håb om bedring og kæmpe mod det stigma, der hænger over skizofrenidiagnosen (Davidson et al, 2017). Psykiatrien er derfor en medspiller og ikke en modspiller i denne forandring af praksis, hvor recovery ikke skal opfattes som et outcome-mål, men en indre proces i den enkelte patient, som behandlingen i psykiatrien skal facilitere (Korsbek, 2016). Målsætningen for psykiatrien bør således være at overflødiggøre udefrakommende hjælp til den enkelte patient på sigt (Davidson et al, 2017, p. 188).

Psykologiens sammenhæng med recovery og psykiatriens organisering er blandt emnerne, der bliver taget op i interviewundersøgelsen, som indeværende afhandling omhandler. Recovery er ikke kun et endemål, men et tilgang til behandlingen og dennes formål, hvorfor de adspurgte psykologers holdninger og tanker er relevante for en kvalitativ undersøgelse af psykologiens plads i behandlingen for skizofreni.

3 - Metode

Indeværende afhandling tager udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse af behandlerens oplevelse af, og erfaring med, at behandle patienter med skizofreni. Den kvalitative metodologiske tilgang er ideel til at undersøge den enkelte beholders beskrivelse af sin personlige oplevelse af arbejdet med patienter med skizofreni. Dette er netop styrken ved den kvalitative tilgang, da denne kan være dybdegående og specifik i forhold til at skabe viden om den individuelle oplevelse af at have at gøre med patienter med skizofreni. Kvalitativ udforskning af et forskningsspørgsmål er velegnet til at undersøge eksplorative *hvad-* og *hvordan-* spørgsmål, hvilket kan være behandlerens tanker om hvad en terapeutisk alliance betyder for behandlingsforløbet eller deres bud på, hvordan en behandler bør tilgå en patient med skizofreni. Ud fra den kvalitative metodologiske tilgang ses den enkelte behandler som en aktør, hvis handlinger kan undersøges og meningen bag handlingen forstås (Brinkmann, 2012, p. 38). Dette står i kontrast til formålet med kvantitativ forskning, der egner sig mere til at besvare *hvorfor-*spørgsmål, hvor målet er at kunne indsamle data fra et repræsentativt sample og med statistisk efterprøvning afsøge, hvorvidt denne viden kan generaliseres ud fra data. Den kvalitative tilgang er passende for indeværende undersøgelse, da formålet er at opdage og lære mere om forskellige behandleres syn på behandling. Det er min personlige oplevelse, at psykologer, der arbejder med patienter med skizofreni har varierende og unikke syn på forståelsen af

sygdommen og behandlingens karakter, hvorfor det er et interessant emne at tilgå med eksplorative og dybdegående interview.

Valget af en kvalitativ tilgang, indebærer en metodologisk begrænsning, da kvalitativ forskning ikke kan generaliseres. I stedet tiltænkes det, at en kvalitativt uddybende forståelse af enkelte behandleres attituder og holdninger til behandlingen giver et godt indblik i nogle af de tanker, der kan opstå og eksistere mellem behandleren og patienten i et behandlingsforløb. En sådan dybdegående og undersøgende tilgang til emnet muliggør, at indeværende afhandling kan afdække viden om spændende problemstillinger, der opleves af enkelte behandlere. Disse kan inspirere til videre undersøgelser af, hvorvidt sådanne overbevisninger og holdninger opleves bredt. I følgende afsnit vil valget af metode, samt medfølgende metodiske overvejelser i forbindelse med gennemførelsen af forskningsinterview blive præsenteret.

Undersøgelsen vil tage udgangspunkt i transskriptioner af 4 semistrukturerede forskningsinterviews med behandlere, der arbejder med behandling af patienter med skizofreni. Den semistrukturerede interviewform er blevet valgt, da en sådan dataindsamling muliggør fleksibilitet og plads til, at den interviewede kan bringe nye emner i spil i samtalsituationen, men samtidigt forefindes en række åbne spørgsmål, der fastholder fokus inden for det undersøgte emne (Brinkmann, 2012, p. 127). Formålet med disse interviews er at undersøge interviewpersonens perspektiv på behandlingen af skizofreni, samt åbne op for eventuelle tanker om emnet, som interviewerens ikke får spurgt ind til i interviewguiden eller nye perspektiver, der ikke tidligere er beskrevet i relevant litteratur.

3.1 - Hvervning

De 4 interviewpersoner har alle en jobfunktion, hvor de aktuelt har

behandlingsrelationer med patienter, der lider af skizofreni, men de arbejder alle under forskellige arbejdsvilkår og indenfor forskellige dele af sundhedsvæsenet fordelt over hele landet. Ved at interviewe behandlere, der alle har at gøre med patienter med skizofreni, men under forskellige rammer, giver mulighed for at beskrive forskellige oplevelser af, hvad det vil sige at være behandler for denne patientgruppe. I indeværende undersøgelse er de interviewede både behandlere i hospitalspsykiatrien, den kommunale psykiatri og i privat praksis. Interviewpersonerne er henvendt over e-mail, hvor de er blevet inviteret til at deltage i et forskningsinterview omhandlende behandling af patienter med skizofreni og behandlerens rolle i dette. Alle har fået tilsendt en vedhæftet interviewguide, der har fungeret som et rammesættende talepapir for interviewet, for at hjælpe interviewer og interviewperson til at nå bredt rundt om emnet og facilitere en samtale, hvor interviewpersonens holdninger kan blive sat i spil i forhold til emner, andre studier har fremhævet i litteraturen. Interviewguiden har i forbindelse med henværelsen haft den funktion, at interviewpersonerne har kunnet danne sig en ide om, hvilke spørgsmål de kunne forvente, og hvad undersøgelsens fokus har været rettet imod.

3.2 - Ethiske overvejelser

Interviewpersonernes identitet og transskriptionerne af forskningsinterviewene er fuldt anonymiseret, da emnet kan være ømtåleligt at udtale sig om, da samtaleemnet inddrager de interviewedes arbejdsfunktion, arbejdsforhold, samt private overbevisninger i forhold til skizofrenibehandlingens kvalitet. En fuld anonymisering, hvor hverken navn eller konkret arbejdsfunktion er præsenteret, har givet de interviewede en sikkerhed, således at de har kunnet være selvkritiske og ærlige i samtalsituationen, og ikke har skullet bekymre sig om, hvordan deres udtalelser kan påvirke deres professionelle omdømme, hvis de har udtalt sig

om noget, andre er uenige i, eller udtalt sig om eventuelle problemstillinger ved behandlingen, andre ville kunne kritisere dem for at udpege. Denne anonymisering er valgt for at respektere den enkelte deltager, men ligeledes for at facilitere en åben og ærlig samtale, hvor samtalen ikke er begrænset af bekymringer. De fulde transskriptioner er forbeholdt forfatter, censor og vejleder, og vil kun indgå som en del af bilag i afhandlingen, der skal bruges til bedømmelse og eksamination. Uddrag fra transskriptionerne, der er blevet brugt i analysen, vil fremgå i selve afhandlingen, og analyserne af de enkelte samtaler vil forefindes i deres helhed i bilag. Optagelserne af disse samtaler er blevet slettet efter endt analyse, hvilket interviewdeltagerne er blevet underrettet om. Inden hvert enkelt forskningsinterview er påbegyndt, er den interviewede blevet briefet om undersøgelsens formål, samt fremgangsmåden i forhold til data.

3.3 - Samtalesituationen

Forskningsinterviewene er foregået ansigt til ansigt for at sikre, at eventuel gestik og kropssprog har været en del af samtalen, således at eventuel nonverbal kommunikation har haft en rolle i interviewerens og den interviewedes samtale og interne kommunikative forståelse. Der blev foretaget 4 interviews, alle med en minimumsvarighed af 1 time, hvoraf 3 af interviewene er foregået på en lokation valgt af den interviewede, hvor samtalen har kunnet foregå i et lukket rum uden forstyrrende elementer. En af de 4 samtaler blev foretaget over videokonference, da det fysiske møde blev forhindret. Dette fungerede efter hensigten, og har umiddelbart ikke haft indflydelse på samtalens karakter. Under selve interviewet har den semistrukturerede interviewguide ligget tilgængeligt fremme. Samtalerne er foregået således, at interviewet er påbegyndt efter en 5-15 minutters uoptaget briefing, hvor emnet er præsenteret, tanken med undersøgelsen er klarlagt og retningslinjer for data er præsenteret - derefter er optageren

blevet tændt, og samtalen er blevet indledt med et åbent spørgsmål om, hvad der umiddelbart er vigtigt for dem, når samtalen omhandler behandlingen af patienter med skizofreni. Alt efter samtalens flow og karakter, har jeg som interviewer forsøgt at lade samtalen være meget fri og uddybende ved at spørge ind til, de enkelte udtalelser. I tilfælde, hvor samtalen er kommet for langt væk fra det primære fokus, som er behandlingen af skizofreni, har jeg forsøgt at dirigere samtalen tilbage eller stillet et åbent spørgsmål fra interviewguiden. I alle interviewsituationer har hensigten været at have alle spørgsmål i interviewguiden besvaret, men uden at gennemgå guiden spørgsmål for spørgsmål. Dette har sikret et naturligt flow i samtalen, samt givet den interviewede mulighed for at vælge, hvilke aspekter af samtalen, de finder vigtigst for dem. Inden hvert enkelt interview er afsluttet, er den interviewede blevet spurgt, om de har nogle tilføjelser eller tanker til samtalen. Derefter er optageren blevet slukket, og samtalen afsluttet med debriefing, hvor eventuelle bekymringer, tanker om samtalen i sin helhed eller gode råd er blevet vendt, og den enkelte interviewdeltager er blevet takket for sin velvilje ved at ville bidrage til afhandlingens færdiggørelse.

3.4 - Transskribering

Alle samtaler er blevet transskriberet med fokus på den semantiske mening, hvorfor stammen og pauser ikke er medtaget. Under transskriberingen har der været fokus på at skrive ordret, hvad der bliver sagt, men i analyseprocessen er dele af transskriberingen blevet korrigeret, ved at indsætte kontekstuel underforstået mening i parentes, sådan at et pronomen, er erstattet af den mening, der refereres til, for at gøre det lettere for læseren at forstå citater, der er pillet ud af en længerevarende samtale, hvor den interviewede ofte springer frem og tilbage mellem pointer, historier og sætninger. Sproglige fejl er til dels korrigeret, såfremt, det ikke påvirker

meningen eller budskabet. Nedenstående præsenteres et eksempel på en sådan korrigerings:

Afsnit fra transskriptionen af interview 2:

Interviewer:

Så du havde både udredende opgaver og behandlingsopgaver med længerevarende samtaleforløb, går jeg ud fra?

Interviewede:

Ja, det var der. Også nogle gange i flere år. Der var også mulighed for gruppeterapi, det havde vi også, så det kunne vi - ja indenfor nogle bestemte rammer selvfølgelig - men vi kunne på det tidspunkt godt tilrettelægge det individuelt, sådan som vi syntes, og derfor også faktisk over flere år, hvilket jo var ret godt.

Ovenstående afsnit fra transskriptionen, som det præsenteres i analysen:

“(Der var nogle gange behandlinger med længerevarende samtaleforløb). Nogle gange i flere år. Der var også mulighed for gruppeterapi. Vi kunne, indenfor nogle bestemte rammer, på det tidspunkt godt tilrettelægge det individuelt, sådan som vi syntes, og derfor faktisk også over flere år, hvilket jo var ret godt.”

3.5 - Analysemetode

Interviewundersøgelsen har til formål at undersøge enkelte behandleres oplevelse af, og tanker om, at arbejde med patienter med skizofreni, hvilket stemmer godt overens med den epistemologiske tilgang ved en

Interpretative phenomenological analysis (IPA). En sådan analyse sigter mod at undersøge den personlige oplevelse ved at granske den individuelle subjektive beretning om et fænomen eller en oplevelse, hvilket står i kontrast til analyser, der forsøger objektivt at skildre et emne eller en begivenhed i sig selv (Smith & Osborn, 2008, p. 54). I denne interviewundersøgelse er målet at skildre enkelte personers oplevelse af at arbejde inden for et behandlingsfelt. IPA er en kvalitativ metode, der bruges til at kortlægge menneskers oplevelser af fænomeneres mening; altså et fokus på livsverdenen (Langdridge, 2007, p. 55). Det er en tilgang, hvor det kvalitative aspekt af det oplevede bliver undersøgt og forsøgt forstået ved at optegne tematikker og emner i samtalen. Metoden bygger på det epistemologiske grundlag fra hermeneutikken, fænomenologien samt idiografisk metode. Mennesket forstås som et selv-tolkende individ, der skaber mening i sit liv ved aktivt at tolke meningen af andre mennesker, oplevelser eller agens i deres eget liv. I tråd med Hans-Georg Gadammers (1900-2002) filosofiske hermeneutik, er tilgangen baseret på en forhåbning om at forstå, hvorfor andre mennesker tænker som de gør, og idealistisk forsøge at træde i deres sted (ibid.). Metoden er deskriptiv i den forstand, at udsagn vil blive præsenteret og forsøgt forstået ud fra sin meningskontekst - dette med en vis påpasselighed og overbevisning om, at intet udsagn er selvstående, da alt er tolket på sin egen unikke måde af både interviewer og respondent. Denne metode vil i indeværende afhandling blive brugt til at analysere udsagn fra interviews af behandlere, der arbejder i og uden for psykiatrien. I tråd med idiografisk metode, er den enkeltes udsagn kvalitativt interessante, men ikke generaliserbare for en større gruppe mennesker, hvorfor målet er at skabe en rig beskrivelse af de enkelte individers oplevelse.

Samtalen analyseres ved at gennemføre 4 analyse-trin (Langdridge, 2007):

Første trin er at transskriptionen genlæses af intervieweren og bliver skriftligt kommenteret løbende ved at opsummere, hvad specifikke dele af samtalen omhandler, samt understrege, når nogle pointer især træder tydeligt frem. Dette trin er udført ad flere gange for at skabe overblik over samtalen og

opdage eventuelle oversete pointer.

Andet trin er en gennemgang af teksten og noterne, hvor der er fokus på tematiske træk i samtalen. Således grov-inddeles samtalen og de enkelte udsagn tematisk.

Tredje trin er en inddeling af de udpegede tematiske afsnit til at stå i kategoriel rækkefølge, frem for den naturlige kronologiske rækkefølge, således at samtalens opdeles i bider, der er ordnet efter de fremtrædende temaer i teksten. Nogle temaer fremstår sandsynligvis som overordnede temaer, hvor undertemaer kan kategoriseres derunder.

Fjerde trin består af en sortering af tematiske afsnit i samtalen, hvor elementer, der ikke er vigtige for den overordnede analyse, frasorteres. Der laves en tabel, hvor de udvalgte temaer præsenteres samstemmende rækkefølge.

Disse fire trin gennemføres med en samtale af gangen, således at der er en selvstændig analytisk gennemgang af hver enkelt samtale. Disse analyser samles i en endelig oversigt af diverse temaer, der er stået frem i de enkelte samtaler. Den analytiske proces ved IPA er meget iterativ og cyklisk, hvor de analyserede temaer og meningskondenseringer løbende holdes op med den originale samtaledata.

4 - Analyse

De foregående afsnit havde til hensigt at gennemgå det metodiske og det teoretiske grundlag for indeværende afhandling. I den følgende analyse inddrages dette vidensgrundlag som forståelsesramme for de fire interviews for at undersøge, hvordan psykologerne i undersøgelsen forstår

skizofrenilidelsen og behandlingen, samt hvad de tænker om skizofrenibehandlingen i dansk psykiatri. Analysen tager udgangspunkt i de fire interviews, og formålet med analysen er ikke at ekstrapolere deres oplevelse til at være alment gældende, men i stedet tolke disse enkeltstående meninger som udtryk for forskellige måder, hvorpå behandlingen kan opfattes, anskues og opleves af psykologer, der arbejder professionelt inden for feltet. Af hensyn til overskuelighed i opgavens opbygning vil analysen være tematisk inddelt, hvorunder markante udpluk fra de forskellige interviews, i form af citater, vil blive præsenteret og analyseret. Denne analyse vil sammenligne og drage paralleller mellem forskellige behandleres tanker om skizofreni, samt spejle deres udtalelser i det teoretiske vidensgrundlag for indeværende undersøgelse.

De tematikker, der rammesætter analysen, er baseret på den samlede analysetabel, der findes i appendix 2. De identificerede temaer er: *Forståelsen af skizofreni, Behandling og psykoterapi, samt Psykiatrien og psykologiens plads deri*, og disse tre vil rammesætte indeværende analyse.

4.1 - De fire informanter

De fire informanter arbejder med forskellige behandlingsindsatser ift. skizofreni forskellige steder i Danmark, og har derfor alle erfaring med behandling af patienter med skizofreni, dog ud fra forskellige patientpopulationer ift. sygdomsbelastning og behandlingsintensitet. Med disse forskellige erfaringsgrundlag blandt informanterne findes det relevant at gøre disse transparente før den senere følgende analyse. Dette afsnit har hermed til formål kort at præsentere de fire informanters professionelle baggrund.

Informant A er en erfaren selvstændig autoriseret psykolog, der i mange år

har arbejdet i sin private praksis og haft forløb med klienter, der har haft diagnosen skizofreni. Patienter i selvstændig praksis opsøger enten selv A, eller bliver henvist fra praktiserende læge gennem den offentlige sygesikring. Behandlingen i psykologisk praksis er ofte rettet mod patienter i den vedligeholdende fase af sygdommen, hvor de tidligere i deres sygdomsforløb har været indlagt og ofte er medicineret. Behandlingen i psykologisk praksis vil derfor ofte være fokuseret på psykologiske problematikker, der vedrører deres sygdom, men ikke nødvendigvis er psykotiske symptomer. A fortæller, at hans terapeutiske tilgang er baseret på en eksistentiel og psykodynamisk forståelse af mennesket og psykopatologi. Han har ikke arbejdet direkte med psykiatrisk behandling af patienter med skizofreni.

Informant B er en erfaren autoriseret psykolog, der arbejder på en socialpsykiatrisk døgninstitution med fokus på unge og unge voksne med skizofreni. Denne institution arbejder med en psykiatrisk målgruppe, men behandlingen er fokuseret på miljøterapeutisk indsats og samtaleterapi med en psykodynamisk tilgang til den enkelte patient. Behandlingsforløbene er ofte langvarige. B har udover sin nuværende stilling mange års erfaring med behandling af skizofreni inden og uden for psykiatrien og har ligeledes forsket inden for emnet.

Informant C arbejder som autoriseret specialpsykolog i psykiatri på et psykiatrisk sengeafsnit, hvor størstedelen af patienterne er indlagt med diagnosen skizofreni. Behandlingen på et sådan sengeafsnit er fokuseret på akutte og korte indlæggelser, hvor patienten søges stabiliseret, og videre behandlingsplaner bliver planlagt under indlæggelsen forud for udskrivelse i samarbejde med socialpsykiatrien. C har mange års erfaring inden for hospitalspsykiatrien.

Informant D arbejder som autoriseret specialpsykolog for OPUS, og har mange års erfaring inden for hospitalspsykiatrien. OPUS er som præsenteret i teoriafsnittet (2.8) et to-årigt behandlingsprogram, der tilbydes ved incident

skizofreni hos unge-voksne. OPUS indebærer både ambulante behandling og døgnindlæggelse, hvorved behandlingsintensiteten er tilrettelagt efter den individuelle patients behov.

4.2 - Forståelsen af skizofreni

Josef Parnas (2000) beskriver skizofreni som en teoretisk sygdom, der er *“udgjort af henholdsvis en serie bevidste psykiske fænomener”* (p. 11), samt *“en sygdom, hvis helt oprindelige årsag formodes idag at ligge i et dysfunktionerende neuralt substrat.”* (p. 11). Parnas (2000) beskriver det som et reduktionistisk problem, at man forsøger at få det komplekse sjæleliv til at være indbefattet udelukkende ved en beskrivelse af genetiske dispositioner, eller neurologiske forandringer. Skizofreni er mere end en hjerne-sygdom eller en “broken-brain”; skizofreni er en multifaktoriel lidelse, der medinddrager et subjekts egen oplevelse og har et individuelt udtryk (Parnas, 2000). Skizofreni er altså en kompleks lidelse, og flere vinkler skal inddrages for at beskrive sygdommen og forståelsen af denne. Derfor kan spørgsmålet om skizofreniens ontologi rent videnskabsteoretisk tilgås på forskellige videnskabelige grundlag, alt efter hvilken forståelse, der søges undersøgt. Der er to klassiske tilgange til at forstå sygdom i psykiatrien, henholdsvis nomotetisk og idiografisk metode (Møhl & Simonsen, 2017, p. 39). Den nomotetiske metode indebærer en søgen efter universelt gældende lovmæssigheder, hvilket ift. forståelsen af skizofreni kan være arvelighedslære eller neurale forandringers årsag og virkning, der er ens på tværs af kultur og tid. Den idiografiske metode indebærer derimod en søgen efter forståelse af det unikke menneskes meningsverden, hvilket ift. forståelsen af skizofreni kan være terapeutens forsøg på at forstå patientens oplevelse af at lide af skizofreni, og derudfra forstå patientens adfærd. Idet skizofreni er en kompleks lidelse, der både kan undersøges epidemiologisk, ligesåvel som den kan undersøges psykologisk, er den ene tilgang ikke mere

rigtig eller forkert end den anden, da det er forskellige måder at tilgå viden om det samme komplekse fænomen på.

4.2.1 - Hvad er sygt?

I psykiatrien benyttes det diagnostiske klassifikationssystem til at definere sygdom, hvor sygdom opdeles i deskriptive kategorielle forståelser (Simonsen, 2017a, p. 207f). Den diagnostiske forståelse af skizofreni er således en forståelse, der adskiller skizofreni fra andre sygdomme, samt afgrænser det syge fra det raske. Denne kategorielle tankegang fungerer godt, når årsagsforholdene til sygdommen er forstået og observerbare efter nomotetisk metode, men bliver straks svært, når det gælder sygdom, der indebærer funktioner i bevidstheden, der således bør tilgås idiografisk såvel som nomotetisk, altså ud fra en integrativ forståelse (Møhl & Simonsen, 2017, p. 40). Der er ingen biomarkør for skizofreni eller andre direkte objektive målbare kriterier (Mohr et al, 2018, p. 109), hvorfor sygdommen tilgås fænomenologisk deskriptivt i det psykiatriske interview, og patientens oplevelse derved forstås symptomatisk ud fra det aktuelle sygdomsbillede, som patienter fortæller om. Den diagnostiske forståelse af skizofreni er bundet op på en polytetisk forståelse af symptomatik, hvor en mængde observerede symptomer udgør grundlaget for at vurdere, hvorvidt patienten lider af skizofreni eller ej (Simonsen, 2017a, p. 210). Symptomkriterierne for skizofreni, som er præsenteret i afsnit 2.2.1, danner således grundlaget for den diagnostiske sygdomsforståelse. Den psykiatriske diagnostiske forståelse af skizofreni er således et klinisk værktøj, der skaber overblik ved objektive at skelne sygdom fra anden sygdom, men har i skizofreniens tilfælde ingen direkte årsagsforklaring eller grundlag, andet end den konsensusforståelse af sygdommens ontologi, som diagnosen er grundlaget for.

Som præsenteret i det psykiatrihistoriske afsnit, har diagnosen for skizofreni ændret form og kriterier i løbet af diagnosens historie, men den grundlæggende forståelse af en skizofrenilidelse har formentlig indirekte været til stede, da den menneskelige kategorisering af gal og normal har eksisteret i menneskets sprogbrug forud for diagnostikken (Foucault, 1971, p. 100). Skizofreni er derfor et nuanceret fænomen og tilgås på flere forskellige måder. Sygdommen kan diagnostisk reduceres til en kategoriel afgrænset forståelse af et aktuelt sygdomsbillede, der muliggør forskning og målrettet behandling. Samtidigt rækker sygdommens reelle ontologi udover denne diagnostiske forståelse og bliver tilgået bl.a. ud fra en psykologisk forståelse, hvor den subjektive oplevelse af sygdommen søges forstået, som præsenteret i teoriafsnit om Laing (2.4) og DST (2.3), der beskriver psykologiske forståelser af skizofreniens forstyrrelse.

Interviewguiden har været rettet mod at facilitere en dialog om forskellige tilgange til at forstå sygdommen som et fænomen, hvorfor psykologernes tanker om sygdommen bliver undersøgt. Det er et gennemgående træk i de fire interviews, at sygdommen opfattes som en sygdom, der bør diagnosticeres og udredes på et klart og præcist grundlag, men at de forskellige psykologers forståelse af selve lidelsen, som fænomen, er meget varierende. De forskellige behandleres tanker omkring, hvad de tænker om skizofreni, samt hvordan de forstår sygdommen, bliver præsenteret og analyseret i følgende afsnit, og vil således danne et grundlag for en videre diskussion af psykologiens plads i den psykiatriske behandling af patienter med skizofreni.

4.2.2 - Sygdommen er mere end en psykiatrisk diagnose

“Jeg tror, at jeg på studiet havde en helt bestemt oplevelse af, hvad skizofreni var - Hvilket måske i særdeleshed var en meget (beskrivende) psykiatrisk måde at tænke om skizofreni på. Det var sådan, jeg havde lært

det på studiet. Da jeg så begyndte at arbejde med patienter, der blandt andet havde skizofreni, så fik jeg øjnene op for hvor forskelligt det er, og hvor stort et behov, der er for at få en større forståelse af, hvad skizofreni handler om. Mere end det, vi bare kan finde i psykiatrien.” (B-21, app. 1, p. 3).

B omtaler her en tillært beskrivende psykiatrisk forståelse af sygdommen og problematiserer denne, hvis sygdommen udelukkende bliver tilgået på denne måde. Den diagnostiske beskrivelse rummer ikke en forståelse af heterogeniteten i lidelsens udtryk og indfanger ikke patientens unikke oplevelse, da symptomernes form og ikke indhold vurderes. Den diagnostiske forståelse af lidelsen er derfor reduceret til symptomkriterier, hvor patientens sygdomsoplevelse ikke bliver forstået. Den subjektive sygdomsforståelse kan således blive glemt i klinikken, hvis fokus udelukkende er på diagnosens reduktionisme og ensretning af en sygdomsforståelse hvor *one size fits all*. B søger altså at inddrage det individuelle sygdomsudtryk i forståelsen af skizofreni, hvorfor en polytetisk symptombeskrivelse ikke indfanger den diversitet, der findes ved patienternes oplevelser af at lide af skizofreni.

“(Jeg har den opfattelse), at når man har noget med én at gøre, der har en skizofrenidiagnose, så ligger der et vigtigt stykke undersøgelsesarbejde i at finde ud af, hvad det handler om for lige netop det her menneske, så man ikke kommer til tænke: Nå, skizofreni, der ved vi godt, hvad symptomerne er, (...) men vi bør egentligt hver gang give os tid til at lave en grundig undersøgelse af, hvad (det her egentligt handler om), og på hvilken måde, det manifesterer sig hos lige præcis det her menneske.” (B-1, app. 1, p. 1)

B mener således, at en idiografisk tilgang til patienten er vigtig for forståelsen af sygdom, da sygdommen er heterogen og opleves subjektivt. Hvis patientens sygdom udelukkende tilgås ud fra den diagnostiske ramme, kan behandleren således begå den fejl at kategorisk tilsidesætte personens

unikke sygdomsudtryk og sygdomsoplevelse og derved overse, hvad sygdommen i patientens tilfælde *“egentligt handler om”* (ibid.).

4.2.3 - Diagnosen skal indbefatte selvforstyrrelsen

C oplever ligeledes, at den beskrivende psykiatriske tilgang ikke indfanger sygdommen, da han påpeger, at symptomkriterierne ikke rummer et vigtigt aspekt af sygdommens lidelse.

“Skizofrenilidelsen står på tre ben: Det er de positive og negative symptomer, og så er det også selvforstyrrelsen. Men det er primært de positive, vi diagnosticerer ud fra. De negative er en del af det. Der er en anerkendelse af, at (de negative symptomer) er vigtige for sygdomsprognoser og forståelsen af forpinthed. Men selvforstyrrelsen - den er fraværende.” (C-4, app. 1, p. 1).

Idet diagnosen bliver brugt i psykiatrien som indgangsnøgle til at modtage behandling, er det vigtigt, at diagnosen er beskrivende i den grad, at det gavner patienten (Simonsen, 2017, p 206).

“(Jeg synes ikke, at skizofrenidiagnosen er fyldestgørende til at beskrive lidelsen). Altså alt det med selvforstyrrelsen.. Det fylder jo ikke noget. Det bruger vi ikke for at diagnosticere sygdommen. Så det gør jo, at i den praksis vi har, så falder (selvforstyrrelsen) jo lidt væk som ikke vigtigt. Og det tror jeg det er.” (C-3, app. 1, p. 1).

C fortæller, at der består en udfordring i, at selvforstyrrelsen bliver negligeret i sygdomsforståelsen. Denne forståelse af diagnostikkens påvirkning på den generelle sygdomsforståelse spejles i forskningslitteraturen og psykiatrihistorien, hvor forståelsen af skizofreni og diagnosen har ændret sig drastisk adskillige gange i løbet af skizofreniens historie (se afsnit 2.1). De

tidligere diagnostiske tilgange til skizofreni var baseret på en prototypisk tilgang til at genkende sygdommen ud fra patientens anamnese, symptomatik, samt subjektive oplevelse af sine problemer. Denne prototypiske forståelse af skizofreni var baseret på Bleulers fire A'er accessoriske symptomer, hvor selvforstyrrelsen er en del af den skizofrene autisme, hvilket er den sygdomsforståelse, C mener mangler i skizofrenidiagnosen i ICD-10. Diagnosen har således tidligere i historien indebåret flere aspekter af lidelsen, end hvad den nuværende operationaliserede polytetiske tilgang til diagnosen gør. C påpeger altså med ovenstående udtalelse, at den klare vægtning af de positive symptomer i diagnosen er skyld i en amputeret sygdomsforståelse og derigennem en forringet behandlingspraksis.

Den danske psykiater Josef Parnas (2018) mener ligeledes, at det er vigtigt at inkorporere selvforstyrrelsen i den fænomenologisk deskriptive tilgang til diagnostik, da et ensidigt fokus på produktivt psykotiske symptomer i symptomkriterierne kun omfatter de sværeste tilfælde af sygdommen. De mildere tilfælde af skizofreni bliver således ikke indrammet af diagnosens snævre fokus, da disse kan lide af andre symptomkomplekser end de positive symptomer, og således ikke opfylder diagnosens kriterier. Parnas & Jansson (2018) mener, ligesom C, at selvforstyrrelsen kan blive glemt i praksis, hvis ikke den indgår i den diagnostiske symptomatologi for skizofreni. Dette er på trods af ICD-10 omslagets tydelige beskrivelse af, at diagnosen blot skal forstås som gatekeeping, og derved ikke må misforstås som en udtømmende sygdomsbeskrivelse (WHO, 1992, pp. 8-10). C taler ind i en aktuel diskussion indenfor skizofreniforskningen, hvor der er argumenter for at ændre diagnostikken for skizofreni forstyrrelser med den kommende ICD-11, da den nuværende diagnose kritiseres for ikke at indramme sygdommen godt nok (Rabello, Sæbye & Parnas, 2009, p. 344). Som tidligere nævnt bliver ICD-11 snart frigivet til efterprøvning, og skizofreni bliver således endnu engang defineret på ny, formentlig i retning af en mere dimensionel tilgang, hvor diagnosen bliver bredere i form at en

spektrum-model. Det er blandt andet foreslået, at selvforstyrrelsen kommer til at indgå som et muligt kernesymptom i en operationaliseret form med Examination of Anomalous Self-Experience (EASE)-skalaen (Biedermann & Fleischhacker, 2016; Zandersen & Parnas, 2019). Det kan altså tænkes, at C's ønske om at inddrage selvforstyrrelsen i diagnostikken bliver mødt i opdateringen af ICD-11, men som det er nu, er selvforstyrrelsen ikke inddraget i diagnosen, og vigtige elementer af sygdommen kan desværre blive glemt i praksis.

4.2.4 - Den psykologiske forståelse af selvforstyrrelsen

B og C påpeger begge, at diagnostikken udelukkende skal bruges som et rammesættende værktøj til at tilgå skizofreni, men for at forstå skizofreni, er en dybere forståelse af lidelsens karakter påkrævet. Denne dybere forståelse kan baseres på en idiografisk tilgang til udredningen, hvor patientens subjektive oplevelse af lidelsen er i fokus. En sådan idiografisk tilgang er nødvendig for en psykologisk forståelse af sygdommen, da forståelsen af det enkelte menneskes lidelse er vigtig for at kunne behandle psykoterapeutisk. På linje med diagnostiske og biomedicinske rammeforståelser af skizofreni, er psykologiske modeller ligeledes tilvejebragt, for at klinikerne kan danne sig en forståelse af sygdomsoplevelsen og tilgå denne terapeutisk.

Der findes flere psykologiske modeller, der tilbyder sådanne konstruerede begrebslige rammer, der bruges til at tilgå skizofreni som fænomen. Sådanne modeller er ifølge Cullberg (2001, p. 53) berettiget, såfremt de opfylder denne funktion. Selvforstyrrelsen bliver af Sass & Parnass (2003, p. 427f) beskrevet som kernen af lidelsen, hvorudfra de psykotiske symptomer formentligt har sit udspring, hvorfor det er vigtigt at have modeller, der kan beskrive og tilgå dette aspekt ved lidelsen. C fortæller ud fra en sådan psykologisk begrebsramme, hvorfor han finder selvforstyrrelsen vigtig:

“(...) jeg tænker, at hele aspektet af selvforstyrrelsen (...) faktisk er rigtig vigtig for at hjælpe patienter med at bedre deres livskvalitet. Det tror jeg er en vigtig del ved at forstå sygdommen. Der er nogle strukturer i selvet, som mangler, (hvilket) resulterer i, at patienterne får det her fragmenterede selv.”
(C-2, app. 1, p. 1).

Dette sprogbrug, hvor C taler om manglende intrapsyriske strukturer, der gør selvet fragmenteret, er en måde at beskrive patientens oplevelse, men samtidigt også gøre oplevelsen håndgribelig for en behandler. Selvet er ikke objektivt tilgængeligt, da det er et element af den menneskelige bevidsthed, hvorfor det er relevant at opstille forståelsesrammer, der beskriver dette ellers svært målbare eller forståelige aspekt af lidelsen. Laings (1960) eksistentielle fænomenologi er et eksempel på en sådan psykologisk forståelse af selvet og den skizofrene lidelse.

I afsnit 2.4 blev Laings (1960) forståelse af skizofrenien præsenteret, der vedrører ideen om et spaltet selv, der er grundessensen af skizofreniens mekanisme. Laings (1960) tanker om selvforstyrrelsen bunder i en forståelse af menneskets iver for at beskytte sin identitet og selvfølelse fra en omverden, der kan kompromittere denne. Han beskriver, hvordan eksistentiel angst, der er en livsomstændighed, der påvirker alle mennesker, vil kunne tvinge ontologisk utrygge mennesker ud i en løsningsmodel, der består i en skizoid organisering. En sådan skizoid organisering er en beskyttelse af selvet fra omverdenens trusler, hvor skabelsen af et falsk-selv skærmer selvet fra at interagere direkte med omverdenen.

Denne begrebslige ramme til at forstå selvforstyrrelsen sikrer, at behandleren har et perspektiv, hvorudfra han kan tilgå patientens lidelse. Patienten beretter måske om en tomhed, de ikke selv kan sætte ord på, men en psykologisk model kan give behandleren en ramme at forstå selvforstyrrelsen ud fra. Det fragmenterede selv, som C taler om, kan derfor forstås, som spaltningen mellem et falsk-selv og et reelt selv, der er skjult for omverdenen. Den idiografiske metode er derfor hjulpet på vej af

psykologiens begrebslige rammer, da behandleren har et grundlag at analysere og forstå patientens subjektive oplevelse og indbefatte en sådan forståelse i den samlede behandling af patienten.

4.2.5 - Sårbarhed

Forståelsen af skizofreni omhandler udover diagnostik og psykologiske forklaringsmodeller ligeledes en viden om sygdommens ætiologi, samt en integrativ tilgang til at forstå sårbarhedsfaktorer og udløsende faktorer. I dansk psykiatri tilgås skizofreni ud fra den integrative diatese-stress model, der er præsenteret uddybende i afsnit 2.6. Følgende afsnit vil tage udgangspunkt i denne forståelse af sygdommen og sammenholde de forskellige informanternes tanker om sårbarhed for at kunne udvikle skizofreni. Det antages, at alle informanterne er bekendte med denne grundlæggende forståelsesmodel, og indirekte taler ud fra en forståelse af denne, når de taler om sårbarhed i forbindelse med deres forståelse af skizofreni.

Sårbarhedsbegrebet bliver omtalt i de forskellige interviews, men måden hvorpå sårbarheden italesættes er forskellig, hvorfor det findes interessant at fokusere på netop disse tanker om sårbarhedsfaktorer og psykoseudløsende faktorer.

4.2.6 - Det skrøbelige individ kan ikke håndtere konflikt

A taler om psykisk skrøbelighed, hvilket hænger sammen med en sådan sårbarhedsforståelse:

“Jeg tror, at (psykisk skrøbelighed), grundlæggende er medfødt, altså der er nogle forskelle på mennesker. Nogle er født sådan, og nogle er født sådan.

Og hvis man er skrøbelig, så kan man udvikle allehånde intrapsykiske løsninger, som er ganske forfærdelige for det menneske (..)” (A-41, app. 1, p. 8).

A har et indtryk af, at den psykiske skrøbelighed beror på en genetisk disposition, hvorudfra skrøbeligheden sandsynliggør udviklingen af en patologisk reaktion, men ikke determinere den.

“(En person der er psykisk skrøbelig, er én, der f.eks.) ikke (har) styrken til (at konfrontere sine forældre, der stresser ham med deres evige skænderier, ved at sige) nu skal i kraftedeme holde kæft, jeg tager over til Kurt i aften, jeg gider ikke høre på jer. Han mangler den psykiske robusthed, der gør, at han synker tre gange og siger: Nu gør jeg det. Og så er det der, at jeg taler om psykisk skrøbelighed. Mennesker, der ikke kan det der. Mennesker, der gentagne gange i deres liv ender i situationer, hvor de så bliver låst.” (A-20, app. 1, p. 4).

A fokuserer på en psykologisk forståelse af sårbarhedsbegrebet, da han beskriver psykisk skrøbelighed som en manglende evne til at håndtere psykisk pres på et intrapsykisk løsningsgrundlag. Den generelle brug af sårbarhed ifølge diatase-stressmodellen refererer til tilstedeværelsen af en generaliseret sårbarhedsfaktor, der medfører en overfølsomhed for stressorer, hvilke kan forstås ud fra forskellige grundlag udover en udpræget psykologisk forståelse, eksempelvis som neurokemiske belastninger, biologiske hjernetraumer, sensorisk deprivation, søvnmangel eller store livsomvæltninger (Cullberg, 2001).

Den psykologiske forståelse beskriver A som en manglende evne til at beskytte sig selv under psykisk pres. Skrøbeligheden forstås derfor, som en personlighedsstruktur, der gør, at mennesket bliver handlingslammet i situationer, hvor de fleste psykisk robuste mennesker ikke ville føle samme pres. Den skrøbelighed ved skizofreni, A taler om, kan derfor tolkes til at

være et udtryk for manglende resiliens for psykisk stress, hvilket fanger det skrøbelige individ i en situation, der subjektivt kan opleves som uløselig. Sådanne låste situationer har antropologen Gregory Batesons (1904-1980) begrebsliggjort med sin teori om double-bind kommunikation (1956). Double-bind kommunikation omhandler menneskets erfaringer med modsatrettede påbud fra en anden, således at ingen adfærd kan tilfredsstille, og mennesket derfor bliver låst eller dømt til at fejle (Rosenbaum, 2002, p. 325f). A taler om en forståelse af sådanne dobbeltbundede situationer, hvor det skrøbelige individ oplever at være handlingslammet, men mennesket, der ikke er sårbart vil kunne håndtere at være fanget i situationen. En sådan manglende evne til at håndtere stress er ifølge Zubin & Spring (1977) situationsafhængig og bundet på individets erfaringer og selvopfattelser, hvorfor det i behandlingen er vigtigt at undersøge patientens generaliserede sårbarhed.

En sådan låst situation kan beskrives ud fra dialogisk-selv-teori, der er præsenteret i afsnit 2.3, da denne forståelse også rummer grundlaget for terapeutisk intervention.

Ud fra DST opfattes en sådan indre konflikt som et indre dialogisk dilemma, hvor magtbalancen mellem individets forskellige jeg-positioner og internaliserede andre kræver dannelsen af en tredje position i den indre dialog for at kunne løse en indre interessekonflikt mellem divergerende jeg-positioner. En sådan tredje position ophæver den indre ambivalens ved at syntetisere forskellige og modsætningsfyldte tanker om korrekt ageren, og skaber således en alternativ måde at forholde sig til problemet på. A beskriver, at psykisk robuste menneske ikke finder håndteringen af forældrenes evindelige skænderier umulig, men at selvsamme situation kan virke umulig at håndtere for et skrøbeligt individ, grundet en manglende evne til at handle. Denne manglende handlen, kan ud fra Lysaker & Lysakers (2011) beskrivelse af skizofrenien i en dialogisk-selv-teoretisk ramme forstås som værende nedbruddet af den indre dialog, der netop dikterer individets handlen og faciliterer løsninger. Derfor kan skrøbeligheden tolkes til at være

den indre dialogs nedbrud i konfliktsituationen, der medfører, at en indre tredje position ikke kan skabes. Tredje-positionen er nødvendig for at kunne løse konflikten, da den sammensmelter modsætningsfyldte jeg-positioner og derved faciliterer en handling, hvor konflikten således bliver løst eller undgået. Denne forståelse af skrøbeligheden kan tilgås i terapien ved at terapeuten sigter mod at individet kan udvikle sådanne tredje-positioner, og på denne måde undgå at patienten skaber psykotiske løsningsgrundlag til sin problematik i den prodromenale fase af sygdommen. Den psykologiske tilgang til skrøbeligheden, som A taler om, kan således gavne forebyggende arbejde, da behandleren bør forsøge at forstå, hvad der kan drive patienten ud i psykose.

4.2.7 - En psykotisk reaktion

“(Patienter fanget i et psykisk dilemma) bygger en tredje vej, som består af en løsning på dilemmaet, som ikke har noget med virkeligheden at gøre. (...) fordi så er (de) da i det mindste ikke gået til grunde. Så lever (de) stadigvæk, men med sådan en 3. løsning. Det bliver ligesom et psykisk redningsbælte, de tager på for at overleve, men når de først har taget det på, så kan de ikke rigtigt få det af igen.” (A-6, app. 1, p. 1).

A's forståelse indebærer altså en mening i den psykotiske reaktion.

Psykosens forståelse som en sygelig reaktion, der består af en intrapsykisk løsning på et problem, som individet føler sig fanget i. I interviewet med A står det klart, at han ikke nødvendigvis finder selve psykosens udtryk forståeligt, men han forstår psykosens som en meningsfuld reaktion på et håndgribeligt grundlag af psykisk pres.

B arbejder ligesom A primært psykoterapeutisk med sine patienter, hvorfor han har en lignende forståelse af psykosens.

“(Et psykotisk grundlag) er en anden måde at løse noget på, som kan gøre, at personen afholder sig fra at løse det i den virkelige verden. (...) Jeg synes det er vigtigt, at patienten ikke bliver forført ind i at tænke, at psykosen bliver en løsning på noget. (Man skal finde) en reel løsning. Konsekvensen (af psykosen) kan blive, at vedkommende lever uden kontakt til omverdenen.”
(B-13, app. 1, p. 2).

Det er vigtigt at understrege, at både A og B omtaler psykosen som en mulighed, der eksisterer, såfremt patienten er disponeret for at være sårbar for stress. Således omtaler de ikke psykosen som en reaktion, der er forventelig, men dog mulig, for alle mennesker i situationer, der består af et uoverskueligt pres. Psykosen forstås derfor, som en reaktion, der er muliggjort af en lavere psykosetærskel, hvorfor reaktionen ofte kan relateres til en stressor, der kan tilgås psykologisk. Psykosen som reaktion kan derfor forstås som havende et meningsfuldt grundlag, den kan opstå ud fra, med en indbygget mening i sig selv, da psykosen forstås som maladaptiv tilpasning til en ubærlig situation (Cullberg, 2001).

Forståelsen af sårbarhed som et generaliseret personlighedstræk, som Zubin & Springer (1977) introducerede til diatase-stress modellen, er vigtig i denne henseende, når psykotiske symptomer og adfærd omtales som en mulig reaktion på stressorer, da denne forståelse netop forsøger at skabe en teoretisk forståelsesramme for, hvorfor nogle mennesker bliver psykotiske, når stressorer i deres liv er til stede, hvorimod andre ikke gør, på trods af sammenlignelige psyko-sociale omstændigheder. Det at forstå psykosen som en reaktion, hvor selve psykosens udvikling ses i sammenhæng med stress og sårbarhed, er en forståelse, der søger at skabe overblik over, hvorfor den psykiske sygdom udvikler sig. Det er derfor vigtigt, at undersøge hvad, psykosen er en reaktion på, da en psykose, baseret på stressorer i patientens liv, måske kan forebygges ved at patienten undgår sådanne stressorer eller lærer måder at håndtere sådanne situationer inden de er

ubærlige for individet.

Som præsenteret tidligere i afsnit 2.4, var Laing (1960) i sin samtid eksponent for holdningen, at psykosen var en naturlig reaktion på et sygt samfund eller en syg familiedynamik. Endvidere foreslog han, at psykosen i sig selv var en spirituel rejse, der hjalp det psykotiske individ til at ændre den sygelige omverden (Beveridge, 1998, p. 452). Denne måde at forstå psykosen som udelukkede psykologisk reaktion underkender den genetiske disposition, der senere er blevet påvist, og er samtidigt med til at placere skyld hos de pårørende til den lidende og kan i sidste ende negligere den lidelse, der er forbundet ved at være et individ, der har været psykotisk. Psykologiske forklaringsmodeller for psykotiske reaktioner har derfor en historisk ballast. F.eks. er skizofrenien forklaret som en konsekvens af at være opfostret af en *skizofrenigen moder*, hvor moderen således er blevet beskyldt for at være grundlaget for sit barns sygdom (Bateson et al, 1956). kan gøre det svært at undersøge den psykotiske reaktion ud fra et psykologisk grundlag, uden risiko blive opfattet som skyldspåbyggende på patientens omgivelser eller uopmærksom på de mulige biologiske forklaringer. Ensidige forklaringsmodeller, hvor psykosen udelukkende opfattes som baseret på enten biologi eller psykologiske faktorer er forkerte, hvorfor sygdommen bør forstås integrativt ud fra den bio-psyko-sociale tilgang, da flere faktorer er gældende (Engel, 1977, p. 132). Måske af den grund understreger C sin forståelse af skizofreniens ætiologi som en sygdom baseret på en genetisk disposition, inden han omtaler en psykologisk forståelse af den psykotiske reaktion i samtalen:

“Skizofreni er, efter min erfaring, mere end bare en reaktion. Altså jeg tror, at dem, der mener at al psykisk lidelse, det bare er traumer - jeg tror, simpelthen, at de går galt i byen. (Al) forskning i genetik, viser jo, at der bare er nogle familier, der får nogle ting, der kan man selvfølgelig stadig tale om social arv, men så når man sorterer for det, så er der jo stadigvæk noget. Så jeg tænker, det er mere end bare reaktioner, men jeg tror, vi er et sted i

psykiatrien nu, hvor vi glemmer traumerne, som betydende for udtryk og for sværhedsgraden, frekvensen og sådan noget.” (C-16, app. 1, p. 3).

C påpeger altså, at man ikke må begå den fejl, at se sort/hvidt på forståelsen af, hvad skizofreni er, samt hvorfor visse mennesker kan blive psykotiske, men han finder det vigtigt som behandler at tage højde for, at de psykotiske symptomer kan have sammenhæng med traumer i patientens livshistorie. Således er den psykologiske forståelse af den patologiske adfærd vigtig for at kunne forstå lidelsens karakter, og derved have en dybere forståelse af sygdommens individuelle udtryk. C eksemplificerer argumentet om forståelsen af traumets indvirkning på sygdommens udtryk ved at beskrive sin kliniske erfaring med auditive hallucinationer:

“Jeg synes at for rigtig mange med stemmehøring, da har det jo karakter af en masse negativt (...) Og det synes jeg tit, (men ikke altid), at når man så læser tilbage i deres historie, så har de måske en opvækst med omsorgssvigt - så tænker jeg, at deres psykose er et udtryk for en mistillid til verden.” (C-14, app. 1, p. 2).

C efterspørger således en mere integrativ tilgang, hvor den psykologiske forståelse af sygdommens udtryk bliver vægtet højere end nu, da den psykologiske forståelse af sårbarhed og stress er et vigtigt element af sygdomsforståelsen, ligesåvel som den genetiske og biologiske forståelse af sygdommens ætiologi er det.

Både A, B og C er således inde på psykologiske forståelser af mennesket og livshistoriens sammenhæng med det psykotiske udtryk, samt psykosens opståen.

4.2.8 - Ætiologiens sammenhæng med psykose-tærskel

D omtaler, hvordan han håber, at man i psykiatrien vil ændre synet på

psykoser og derigennem forståelsen af skizofreni til at kunne skelne mellem forskellige skizofrenier, som han antager bundet i forskellige grader af disposition.

“Jeg tænker, at ætiologien er meget forskellig, og der har jeg et håb om, at man i løbet af de næste årtier måske vil komme til at se psykoser i færre kasser, men måske lidt flere forskellige ætiologiske retninger. Men jeg tænker, at den skizofreni, der måske specielt er drevet af genetiske dispositioner, vil typisk i udtryk se anderledes ud end den skizofreni, der måske ikke var debuteret, hvis ikke der havde været et massivt hashmisbrug, eller den skizofreni, der måske ikke havde debuteret, hvis ikke patienten havde været udsat for en masse traumer i opvæksten.” (D-17, app. 1, p. 3).

D sætter således spørgsmålstegn ved, om der i bund og grund er tale om flere forskellige lidelser, der dog har mange lighedstræk, men adskiller sig ved forskellige grader af sårbarhed for stress. Ud fra Zubin & Springs (1977) teori om en personlig psykosetærskel kan stressoren godt være så ubetydelig, at den er svær at identificere, hvis psykosetærsklen er tilpas lav. D spekulerer, hvorvidt at denne psykosetærskel er afgjort af varierende grader af disposition, således at nogle psykoser baseres på et mere biologisk grundlag og andre et mere traumerelateret psykologisk grundlag.

“Jeg synes tit, at jeg ser sådan det større realitetssvigt ved de skizofrenier, jeg vurderer som mere biologisk drevne, hvor fx kontakten med patienten er kompromitteret på en anden måde. Tankeforstyrrelserne er langt mere markant til stede. (...) Det er dem, hvor der er en klar disposition.” (D-24, app. 1, p. 4).

D fortæller, at han oplever, at de varierende grader af sårbarhed har sammenhæng med det psykotiske udtryk. Dette fokus på heterogeniteten ved skizofreni er ligeledes et fokusområde i forskningen af

skizofreni-spektrums-forstyrrelser, hvor Murray (2017, p. 256) antager, at tanken om skizofreni som en uniform lidelse vil blive forladt inden for en nær fremtid, ligesåvel som medicinen gik bort fra tanken om sygdommen vattersot (væske i benene), da man opdagede, at vattersot ofte var et symptom på hjertesygdom, frem for en sygdom i sin egen ret.

Heterogeniteten ved sygdommens udtryk har, siden sygdommen først blev beskrevet, været grundlag for spekulation om, hvorvidt der er tale om én eller måske flere sygdomme med forskellig ætiologi og patogenese, der dog alle viser sig med lignende psykotiske symptomer, hvorfor sygdommene er svære at skelne (ibid.). Denne undren er relevant at forholde sig til, når sygdommen skizofreni skal forstås, da ideen om en underliggende sygdom, der er svær at tilgå, netop berettiger forskellige videnskabelige tilgange og forståelser, da ingen enkelt gren af videnskaben endnu har kunnet forklare sammenhængen mellem biologien og bevidstheden (Cullberg, 2001, p. 216).

Forståelsen af skizofreni bliver altså set fra flere tilgangsvinkler, hvor C og D, der begge arbejder inden for hospitalspsykiatrien, hver især omtaler forståelsen af genetisk disponering som et centralt aspekt af sygdomsforståelsen, mens A og B fokuserer mere på den psykologiske forståelse af sårbarhedens vigtighed for forståelsen af den individuelle patients reaktionsmønster og sygdomsforløb. Det står dog frem i alle samtaler, at den dybere forståelse af den psykologiske tilgang til menneskets oplevelse af skizofreni, og den psyko-sociale tilgang til at forstå sygdomsforløbets sammenhæng med menneskets liv er vigtig, ligesåvel som den genetiske forståelse af disposition ikke må negligeres. Den forsimplede tilgang, der kan fremstå, hvis sygdomsforståelsen udelukkende baseres på diagnosen, kritiseres, da en bredere forståelse er vigtig for at kunne give god behandling.

En psykologisk tilgang til at forstå de psykotiske symptomer og skizofreniens grundlidelse vil træde frem i følgende delanalyse, hvor temaet *behandling* bliver gennemgået. Her vil der drages paralleller til de præsenterede

sygdomsforståelser, der på mange punkter findes meget sammenlignelige, men med nuancer, der især træder frem i informanternes syn på behandlingen af skizofreni.

4.3 - Det psykologiske grundlag for behandling

Behandlingen for skizofreni i psykiatrien i Danmark er opdelt i flere indsatser efter en model for level-of-care, hvor behandlingens profil er afgjort af det overordnede fokus ved den enkelte indsats (Møhl & Simonsen, 2017, p. 59). Eksempelvis er fokus i behandlingen på sengeafsnit, hvor psykotiske patienter bliver indlagt enten frivilligt eller ved tvang, rettet mod stabilisering gennem medicinsk indgriben, samt tilrettelæggelse af patientens videre behandlingsforløb, hvorimod fokus i socialpsykiatrien typisk er rettet mod støtte og hjælp til at håndtere hverdagen vha. bostøtte, botilbud og aktivitetstilbud i patientens nærområde (Lindhardt, 2017). De fleste patienter med skizofreni har været indlagt på et enten åbent eller lukket sengeafsnit, indgået i et ambulante behandlingsforløb, hvilket kan være OPUS-programmet eller et ambulatorium for voksne med psykosesygdomme. De kan ligeledes have været en del af socialpsykiatrien, der er underlagt kommunen, hvor mange forskelligartede behandlingstilbud findes, afhængigt af hvilken kommune patienten tilhører. Nogle patienter har ligeledes haft forløb med privatpraktiserende psykolog eller jævnlige opfølgninger ved egen læge. Behandlingen for skizofreni strækker sig således på tværs af institutioner og forskellige tilbud, da behandlingsforløb ofte er lange og specialiserede, og patienten i løbet af sit sygdomsforløb er i forbindelse med forskellige dele af sundhedssystemet.

Hospitalspsykiatrien i Danmark er underlagt regionerne, der arbejder med pakkeforløb, der er udgangspunkt for behandlingens organisering for henholdsvis incident (opstået) og prævalent (allerede eksisterende)

skizofreni (Danske Regioner, 2016 & 2017). Et pakkeforløb rammesætter de behandlingstilbud, der kan tilbydes den enkelte patient, og er således et administrativt værktøj til ressourcestyring og guidende for behandlingens strukturering, men således ikke rammesættende for den generelle tilgang til patienten i behandlingstilbuddene, da denne hviler på den enkelte behandleres overbevisning og faglighed. Nogle behandlingstilbud i pakkerne er faste, og andre behandlingstilbud er mulige at tilbyde patienten ved behov. Stort set alle behandlingstilbud indebærer, at en behandler og patient mødes og taler om behandlingen, hvorfor den psykologiske forståelse af patientens situation kan være relevant, uanset om behandlingstilbuddet vedrører en læges motivationssamtale til farmakologisk behandling i forbindelse eller en psykologs udredende samtale. Følgende delanalyse vil tage udgangspunkt i de interviewede behandleres tanker om, hvordan en patient i behandling for skizofreni bør tilgås fra et psykologisk standpunkt.

4.3.1 - Relationsarbejde gavner tilliden til behandlingen

D, der arbejder i OPUS, påpeger, at der er et behov for at opbygge en relation, der faciliterer tillid, i enhver behandling, da dette sikrer muligheden for at kunne give god behandling:

“Patienter er jo meget meget forskellige, men i rigtig mange af sagerne, så synes jeg alligevel det er det, at få skabt en relation eller en tillid, der gør, at man så rent faktisk kan komme til at hjælpe patienten. Og så kan det godt være, (at de) fleste af vores patienter har behov for medicin, men hvis vi ikke har skabt relation og tilliden (hos patienten) til, at patienterne faktisk tror, at vi vil dem det bedste, så kan vi udskrive nok så mange piller, så er det (dog) ikke sikkert, at de tager dem.” (D-37, app. 1, p. 7).

Denne tankegang er ikke kun gældende for at sikre adherence ved medicinsk behandling, men gælder i vid udstrækning patientens motivation

for alle behandlingstilbud. Hvis en patient ikke føler en tillid til behandlingssystemet, er det svært at behandle, da patienten kan udeblive fra samtaler, blive passiv i sin interaktion med behandlere og støttepersonale eller aktivt modarbejde behandleres forsøg på at hjælpe.

D har den opfattelse, at en behandlingsalliance kan og bør skabes tidligt i forløbet, ved at give plads til at lytte til patientens bekymringer, og på denne måde tage udgangspunkt i patientens oplevelse af sine problemer og derved forebygge samarbejdsvanskeligheder:

“Når jeg har patienter til forsamtale, så plejer jeg ofte at starte med at spørge dem: Hvad er det DU håber at få hjælp til? Hvad er det, der ikke fungerer for dig i dit liv, som det er nu? Og det er både for at starte et godt samarbejde, men det siger også nogen gange noget om graden af deres sygdomserkendelse.” (D-38, app. 1, p. 7).

En sådan tilgang, hvor behandleren forsøger at få patienten til at føle sig hørt, faciliterer både tillid, men muliggør også en nuanceret forståelse af patientens problematik. Patienten oplever ikke nødvendigvis sine produktivt psykotiske problemer som sin kerneproblematik. Måske oplever de, at livet er svært grundet følgevirkningerne ved at være psykisk syg, hvilket kan være ensomhed eller følelsen af at stå uden for samfundet. Ved at lytte til patientens tanker om deres problemstillinger kan behandleren således tilrettelægge et behandlingsforløb, der giver mening for patienten, og samtidigt indgå i en relation, hvor behandleren kan forklare grundlaget for den foreslåede behandling. D understreger, at behandlingen, stadig skal være fagpersonens ansvar, og således ikke være op til patientens ønsker: *“Vi skal lytte til patientens perspektiv, men også være ærlige og autentiske overfor egne erfaringer og forskning.” (D-39, app. 1, p. 7).*

Denne medinddragelse, hvor patienten bliver hørt, er altså både relationsarbejde, men ligeledes et grundlag, hvorpå behandleren kan forklare og begrunde behandlingsvalg i samarbejde med patienten. En sådan

medinddragelse omtales i recovery-litteraturen som empowerment (myndiggørelse), og handler om, at praksis skal sikre, at patienten føler, at de selv har en mening om deres behandling og ligeledes selv har et ansvar (Grealish et al, 2013; Aagaard, 2017, p. 735). Den enkelte patient skal anerkendes som værende vigtig for behandlingens outcome, og skal derfor medinddrages i behandlingen, således at behandlingen ikke dikteres og modtages passivt af patienten, men rettere sagt tilvejebringes i samarbejde med patienten (Hamm et al, 2013). D taler for en sådan tilgang, da han understreger vigtigheden ved at anerkende patienten, som en person der søger hjælp og har en forståelse af sin egen problematik, der ikke må negligeres.

4.3.2 - Relationen kan være udfordret af tvang

Denne medinddragelse kan dog være stærkt udfordret af konflikter, der er velkendte i den akutte psykiatri. Nogle psykotiske patienter kan have så svækket sygdomsindsigt, at de ikke føler sig syge, og derfor modsiger sig enhver behandling, eller de kan nægte at indgå i den standardiserede behandling, der tager udgangspunkt i farmakologisk behandling, da de finder bivirkningerne uudholdelige (Le Quach, 2011, p. 123). Her kan relationsarbejdet blive voldsomt udfordret, da den ansvarshavende læge er forpligtet til at behandle under tvang, såfremt patienten kan være til fare for sig selv eller andre (Schultz & Simonsen, 2017, p. 929f).

Patienterne kan i sådanne akutte situationer opleve, at de ikke bliver hørt, da de vurderes for syge til at kunne tage vare på sig selv, og derfor tvangsbehandles medicinsk. Denne problematik er svær, da tvang ikke kan undgås i sådanne tilfælde uden risiko for, at patienten forvolder sig selv eller andre skade (Cullberg, 2001, p. 268f).

“Nogle patienter, der har været i psykiatrien tidligere, og har haft nogle svære erfaringer der - her er der simpelthen et stykke arbejde (for mig som behandler) med at blive en person, som patienten tør stole på. Fx hvis det er en, der har været tvangsindlagt igen og igen. Så kan der godt være et stykke arbejde i (at opbygge alliancen), hvor det er en udfordring i sig selv. Men omvendt, kan man også sige, at der et terapeutisk stykke arbejde i det med at få patienten til, i det hele taget, at stole på folk.” (B-35, app. 1, p. 7).

Patienter, der har oplevet at blive behandlet under tvang, er derfor klar over, at de er en del af et system, der kan fratage dem rettigheden til selvbestemmelse, hvilket kan påvirke deres generelle tillid til behandlere senere i forløbet. Det etiske problem, der opstår ved en behandlingspraksis, der potentielt er skadende eller uønsket af patienten, er ifølge Beveridge (1998, p. 454), hvad der fik Laing til at skrive om sit syn på skizofreni. Laing (1960) anklagede sin samtids psykiatriske praksis for at være menneskefjendtlig. Laings eksperimentelle behandlingshjem “Kingsley Hall”, hvor der ikke blev brugt tvang, blev dog opgivet, da det ikke havde den ønskede effekt i den forstand at beboerne ikke fik det bedre og de psykotiske beboere ikke kunne håndteres (Beveridge, 1998, p. 455).

“Kingsley Hall” vidner således om, at der findes et element af ustyrlighed, hvor tvangsbehandling må opfattes som et nødvendigt onde i psykiatrien. Hvis ikke man tvangstilbageholder og tvangsbehandler risikerer patienten at skade sig selv eller andre. Der bunder dog en svær etisk problemstilling i denne argumentation, da tvangsbehandling ligeledes ikke er risikofrit, så tvang er aldrig optimalt og bør undgås (Cullberg, 2001, p. 269). Psykiatrien arbejder på at nedsætte brugen af tvang (Danske Regioner, 2019). Det er dog ikke sikkert, at det er muligt at fjerne tvang helt fra den akutte psykiatri uden konsekvenser for patienter eller medarbejders sikkerhed (Pedersen, 2014).

Behandlingsalliancen understøtter muligheden for at kunne motivere til frivillig behandling, og derved undgå eventuel tvangsbehandling.

D giver et eksempel på, hvordan relationsarbejdet kan benyttes til at sikre en

behandlingsalliance, ved at søge at møde den værgende patient på selv alternative grundlag:

“(Nogle patienter kan) absolut ikke se nogen grund til, at de skal være i OPUS. Nogle gange kan man så mødes om, at de måske sover dårligt, og det kan de så være enige i, at det måske er en god ting, at de kan komme til at sove bedre.” (D-105, app. 1, p. 18).

Ved at forsøge at tale ud fra patientens opfattelse af sin problematik kan patienten og behandleren således finde en løsning sammen. Ved at styrke en behandlingsalliance og tillid til behandlingens mening, kan eventuel brug af tvang undgås. Behandlingsalliancen er dog ligeledes vigtig i situationer, hvor patienten er under aktuel tvangsbehandling. C fortæller, hvordan behandlerteamet kan forsøge at skabe en behandlingsalliance på trods af de besværende omstændigheder ved tvang:

“Der er meget tvang med de skizofrene. Altså med de psykotiske i hvert tilfælde; når de kommer ind. Fordi de er farlige for andre, eller dem selv. Så er det jo rød eller gul tvang. Så det gør jo også nogle gange, at det er godt, at man deler opgaverne op. Så én har opgaverne med at (fortælle patienten), det gør du, det skal du, og bam, bam, bam. Sådan en dommerfigur, der så kan tage alt hadet. Og så en anden, der kan danne relationen og skabe tilliden, og få nogle af de der andre ting at vide. Det tager altid tid at danne relation til andre mennesker. Men med folk med skizofreni tager det typisk lidt mere tid end gennemsnittet.” (C-48, app. 1, p. 10).

C taler ud fra erfaring med at arbejde ved et sengeafsnit, hvor patienterne typisk bliver indlagt svært psykotiske, og en del af patienterne er indlagt på behandlingsindikation (gul tvang). Derfor vil størstedelen af patienterne allerede have et grundlag for at være modvilligt indstillet til behandlingen. C fortæller, hvordan at han ser relationen som nøglen til behandling, så den kreative tilgang med opsplittningen mellem behandlerens roller er en løsning

på et problem, hvor relationsarbejdet er besværliggjort fra starten: *“Altså vi er nødt til at blive ved med at tilbyde (en relation) og tænke, at bare det at få en relation er en sejr. Fordi alt bedring et eller andet sted, kommer igennem det.”* (C-56, app. 1, p. 11).

4.3.3 - Mennesket i fokus

Denne tilgang til behandlingen, hvor patienten skal ses som en samarbejdspartner, der skal medinddrages og høres, bliver omtalt i flere interviews, men de erfaringer, der tales ud fra, er vidt forskellige, da alle informanter arbejder i forskellige levels-of-care (Møhl & Simonsen, 2017, p. 54f).

B understreger vigtigheden af, at behandleren ikke skal være autoritær i sin tilgang til at forstå patientens oplevelse, da en åben og undersøgende indgangsvinkel til patienten er vigtig for at kunne skabe et samarbejde: *“Jeg skal ikke fortælle vedkommende, hvordan tingene er, men mere.. hvordan kan vi sammen forstå tingene som de er? og hvordan kan vi kigge på tingene sammen?”* (B-46, app. 1, p. 9).

Dette møde med patienten, hvor der er plads til at forstå deres problematik ud fra deres perspektiv, står i kontrast til den udredende tilgang, hvor en behandler vurderer, hvorvidt nogle diagnostiske kriterier er opfyldt, således at der er tale om sygdom. Den deskriptive tilgang i den diagnostiske udredning er autoritær, i den forstand, at det er en sundhedsfaglig vurdering, der bestemmer, hvilken adfærd er patologisk, og hvilken ikke er. Ingen patient vil have mulighed for at sige, at deres auditive hallucinationer ikke er forstyrrende for dem, da denne vurdering ikke er op til dem. Vurderingen, som diagnosticeringen hviler på, er derfor per definition bestemmende for oplevelsens karakter, men tilgangen til den udredende samtale behøver ikke være det, såfremt at den enkelte patient føler sig hørt og lyttet til i

udredningen - Kort sagt behandlet som et menneske, som Laing (1960) fremførte det.

A understreger ligeledes vigtigheden ved at give plads til patientens fortælling. *“Når (patienterne) begynder at have tillid til, at jeg ikke skubber deres fortælling til side, men (jeg istedet) fordyber mig i den, SÅ begynder de at fortælle mere og mere.”* (A-5, app. 1, p. 1). Denne uddybning af patientens oplevelse, mener A er vigtig for behandlingen, da patienten skal tilbydes: *“en anden forståelse af sygdommen end et symptom-katalog, der skal forstås og reduceres. Men i stedet et liv, der skal ændres, så man tager alle valg og hensyn der skal til for at passe på den person og sygdom.”* (A-41, app. 1, p. 8).

En lignende kritik træder frem i Laings (1960) argumentation, om, at mennesket skal tilgås idiografisk og empatisk, fremfor et fokus, hvor patientens oplevelse bliver forstået som en maskine, der er gået i stykker. Laing (1960) argumenterer for, at ingen tilgang til et andet menneske er neutral eller objektiv. Alt er baseret på hermeneutisk fortolkning, hvorfor den fænomenologisk beskrivende tilgang af patientens symptombillede er en reduktion, ligesåvel som anskuelsen af mennesket som en patient er det. Mennesket bør først og fremmest tilgås som et menneske, fremfor som en potentiel psykotiker (Laing, 1960, pp. 30-32). Laings (1960) kritik kom forud for den polytetiske tilgang til diagnostik, men er netop en kritik af sådanne tilgange til sygdom, hvor den menneskelige lidelse bliver objektificeret og underlagt forståelsen af en samtale situation, hvor behandleren forsøger at kortlægge sygdom, fremfor at søge efter menneskets eksistentielle position (ibid.).

Tankegangen bag diagnostikkens fokus på form over indhold ved psykotiske symptomer er relevant for at simplificere en kompleks lidelse i diagnostisk forståelse, men hvis denne tilgang ligeledes dikterer behandlerens tilgang til at tilgå patienten senere i forløbet, kan patienten føle sig reduceret til

symptomer på en checkliste eller fremmedgjort, da dennes subjektive og ofte forskelligartede oplevelse af sygdommen bliver reduceret til meningsløse symptomer og derved mister den subjektive fortælling om sygdommens relevans for tilrettelæggelsen af behandlingen. B's tanke om, at behandleren ikke skal have en bestemmende tilgang til patientens problem, kan således opfattes, som en stærk opfordring til, at behandleren skal inddrage patientens oplevelse i behandlingen, for at kunne skabe et grundlag for at forstå patientens lidelse og behandle derefter, men samtidigt for at patienten aktivt kan tage del i sin egen behandling, hvilket de ikke kan, hvis behandleren udelukkende fokuserer på at identificere patientens symptomer og ikke aktivt lytter til den subjektive oplevelse af lidelsen.

4.3.4 - Midlertidig hjælp

Som præsenteret i afsnit 2.5.1 er der store problemer med adherence ved skizofrenibehandlingen. Dette problem hænger måske i nogle tilfælde sammen med patienternes opfattelse af behandlingens nytte - A fortæller, hvordan han oplever, at patienterne simpelthen kan have mistet troen på, at behandlingen i psykiatrien fører nogen vegne, hvorfor de kommer til ham i privat praksis:

“Patienterne vil så nødtigt ind og blive indlagt een gang til, for så at skulle igennem hele kødmaskinen med medicinering og diagnosticering og histop og kom herved. Og det har de prøvet flere gange, og det kan de se, det hjælper lidt midlertidigt, men det hjælper altså ikke (i det lange løb).” (A-26, app. 1, p. 5).

Indtrykket fra samtalen med A er, at han mener, at psykiatrien mangler at have mennesket i fokus, og den medicinske behandling fylder for meget og basalt set kun er en overfladisk eller kortsigtet hjælp:

“(Medicinsk behandling) hjælper midlertidigt, ligesom at drikke sig fuld - så får man afstand til (problemerne), men (problemerne) kommer jo tilbage - man får ikke løst nogle problemer. Det er ren bedøvelse, og det bliver (patienterne) trætte af. De har nemlig een gang oplevet, at der faktisk er et alternativ, at man faktisk gennem samtaler kan svække de symptomer, de har - Lindre den kendte psykiske smerte. Så får man det faktisk bedre. Det er mere langtidsholdbart.” (A-27, app. 1, p. 5).

A har en mere radikal holdning til medicinsk behandling, end de andre interviewede behandlere, da han sammenstiller medicinsk behandling med en flugt fra et grundlæggende problem, hvilket langt fra er en holdning, de andre behandlere deler. Han er dog ikke den eneste, der kommenterer på medicinens plads i den overordnede behandling, og kritiserer medicinens plads i behandlingen som *sine qua non*.

Pakkeforløbene til skizofreni i psykiatrien har overordnet fokus på medicinsk intervention og tilbud, der vedrører dette aspekt af behandlingen (Danske Regioner, 2017). Pakkeforløbene indebærer også muligheden for at tilbyde psykoterapi og psykosociale interventioner, dog i et begrænset omfang sammenlignet med tiden brugt på medicinsk opfølgning. Intensive psykoterapeutiske samtaleforløb indgår således ikke nødvendigvis som en del af standardbehandlingen, men der er afsat tid til psykoterapi, der dog dækker næsten al kommunikation med patienten om det generelle behandlingforløb (Danske Regioner, 2016). C giver sit bud på, hvorfor praksis er organiseret således, at den farmakologiske behandling er prioriteret:

“Jeg tror så at (samtaleterapi) er noget der bliver arbejdet mere med ambulant, end på sengeafsnit, men stadigvæk ikke i en tilstrækkelig grad. Det synes jeg ikke. Det burde nok fylde noget mere i behandlingen, men det er ressourcekrævende at have terapi. Det er ikke så ressourcekrævende at udskrive medicin, fordi det skal (patienterne) selv betale.” (C-29, app. 1, p. 6).

Der er forskel på økonomien bag de forskellige tilbud, men prioriteringen af medicinsk behandling i dansk psykiatrisk praksis skyldes formentligt kravet om evidensbaseret behandling. Der overvejende er foretaget velgennemførte effektstudier ved farmakologisk intervention, på trods af at effekten her er svingende (Cullberg, 2001, p. 284). Der forskes ligeledes i effekten af forskellige psykoterapeutiske interventioner, men det er svært at foretage RCT-studier inden for området, da undersøgelser af terapi rent metodologisk ikke kan være dobbeltblindet i forsøgsopstillingen, og psykoterapeutiske interventioner generelt fordrer komplekse forsøgsopstillinger for at undgå bias (Simonsen & Møhl, 2017, p. 637). Endvidere afhænger terapiens effekt af mange komplekse interpersonelle faktorer, der er svære at kontrollere for, eksempelvis behandlingsalliancen mellem terapeut og patient (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2017, p. 676). Der er dog gennemført anerkendte studier for kognitiv adfærdsterapi rettet mod skizofreni, da denne manualiserede tilgang muliggør effekt studier, der har vist effekt på symptomlindring (Cullberg, 2001, p. 299). Derfor er det typisk kognitiv adfærdsterapi, der bliver ordineret i psykiatrien. Den samlede behandling har bedre effekt, såfremt psykoterapi og medicin bliver ordineret samtidigt (Bliksted, 2011), og derfor er det vigtigt at understrege, at den medikamentelle behandling ikke udelukker psykoterapi og omvendt.

Psykiatriens udprægede fokus på den medicinske indsats bliver påtalt i samtalerne, hvor det fremgår, at C har oplevelsen af, at den psykologiske behandling bliver underordnet eller tilsidesat af den medicinske indsats. Antipsykotisk medicin er evindeligt diskuteret i psykiatrien, da medicinen har effekt men desværre også bivirkninger, som præsenteret i afsnit 2.5. Medicinen lindrer næppe på alle parametre af lidelsen ved skizofreni, men samme problematik gælder for psykoterapi (Cullberg, 2001, p. 296). Kritikken af det medicinske fokus er derfor næppe et spørgsmål om medicin kontra terapi, men nærmere en understregning af, at behandlingens interventioner

ligeledes bør være integrative.

4.3.5 - Det vikarierende håb

Et vigtigt element af en sådan psykologisk tilgang til behandlingen af skizofreni omhandler behandlerens måde at forholde sig til patientens livsverden og fremtid på. Alle informanter fortalte, at det er vigtigt, at behandleren skal facilitere bedring ved at fastholde håb i en ellers svær situation, der kan opleves håbløs af patienten såvel som behandleren (50-59, app. 1, pp. 10-11).

“Det kaldes vikarierende håb. (...) Der er andre der kan se noget, som (patienten) ikke selv kan se. Så, har (patienten) tillid til, at når (behandleren) kan tro på det, så skal det nok gå.” (A-50, app. 1, p. 10).

De Wet, Schwartz & Chiliza (2015) har lavet et kvalitativt studie, hvor patienter med skizofreni beskriver, hvad de oplever som udgør recovery for dem. Disse patienter omtaler bl.a. ønsket om at kunne se positivt på fremtiden, som centralt for denne oplevelse. Det vikarierende håb er derfor vigtigt i recovery-orienteret behandling, da behandleren har en faciliterende rolle for recovery processen og bør udstråle en tro på på behandlingens formål (Davidson, 2016). Prognosen for skizofreni er dog præget af multifinalitet og er derfor svær at forudsige, især ved førstegangpsykotiske mennesker (Nordentoft, 2009, pp. 17-18). Denne usikkerhed kan skabe en oplevelse af håbløshed hos patienten, da ingen kan forsikre patienten om deres fremtidsudsigter. Derfor er det vigtigt, at behandleren har en professionel tilgang til at tale prognostik, og samtidig er klar over, at langt fra alle med skizofreni bliver kronisk invalideret af deres lidelse (se afsnit 1 & 2.10). C påpeger dog også vigtigheden af, at behandleren ikke er urealistisk ift. fremtiden:

“Det kunne være godt, hvis denne patient [der regelmæssigt bliver indlagt] blev rask, men det ville være en urealistisk målsætning. Så succeskriteriet for mig det var, at hun ikke blev indlagt igen og at vi måske kunne rokke lidt ved denne her paranoidt psykotiske forståelse af de ting hun oplever. (...) (Og hendes) ensomhed, (der) er en stor del af hendes problematik.” (C-57, app. 1, p. 11).

Det er ikke altid realistisk at sigte efter en raskmelding, men behandleren bør altså tro på, at noget kan forbedres. Dette er et eksempel på vikarierende håb, hvor C ikke tvivler på, at den rigtige tilgang i den konkrete behandling kan gavne, på trods af patienten er kroniker. D fortæller, hvordan det at inddrage tidligere brugere af psykiatrien i behandlingen, der kan fortælle om deres gunstige forløb, faciliterer håb for pårørende og patienter. En praksis, han håber, der kan sprede sig til flere grene af psykiatrien (D-58, app. 1, p. 11).

4.4 - Psykiatrien og psykologiens plads deri

De interviewede psykologer har flere tanker om psykologiens plads i psykiatrien, men alle har et fokus på måden, hvorpå behandleren interagerer med patienten og tilgår sygdom. Som præsenteret i foregående afsnit vægter de adspurgte psykologer den idiografiske tilgang til at forstå den individuelle patients forandrede verden vigtig, da behandlingsalliancen og relationen til patienten er grundlaget for at kunne yde den terapeutiske, farmakologiske og sociale intervention, der er meningsfuld for netop dette menneske.

“Hvad der er meningsfyldt for dem? Det er sådan en diskussion, når man taler recovery og remission inden for skizofreni - hvad er det reelt? Skal man giftes og have børn, eller handler det måske om at få en tilværelse, der giver

mening for den enkelte? Man skal ikke nødvendigvis lægge alle samfundets normer ind over den enkelte person. De skal jo finde det, der giver mening i deres liv.” (D-64, app. 1, p. 12).

Evnen til at tilgå det unikke menneskes tanker om deres vej til et bedre liv er et væsentligt element af denne psykologiske forståelse af behandlingen for skizofreni. Denne tilgang til patienten kræver dog tid og erfaring. B oplever, at muligheden for altid have en individualiseret tilgang til patienten er udfordret i praksis af bl.a. behandlingspakkerne.

“Jeg har arbejdet som klinisk psykolog i distriktspsykiatrien, (dengang) (...) psykiatrien var en del af amterne (...) Dengang havde man ikke pakker og pakketilbud. Hvert team havde et geografisk område, og man så alle de patienter, der var tilknyttet det område. (...) Man tilrettelagde behandlingen individuelt, så man vurderede hver gang, hvad har lige præcis dette menneske brug for, og hvordan skal vi så tilrettelægge behandlingen ud fra det?” (B-81, app. 1, p. 14).

Det er paradoksalt, at behandlingspakkerne er blevet indført for at sikre, at patienter uanset geografisk placering får en god behandling, der kan justeres efter den individuelle patients behov (Psykiatrien Region Sjælland, 2018), men de kritiseres alligevel af B for at have haft en ensrettende effekt. Jeg antager, at pakkeforløbenes bureaukratiske rammer indsnævrer behandlerens muligheder for at planlægge en individualiseret tilgang til den enkelte patient, da interventioner er prioriteret og tidsnormeret. Det kan ligeledes tænkes, at B oplever denne negative forandring, da pakkeforløbene kun omhandler psykoterapi i et begrænset omfang (Danske Regioner, 2016), hvorimod det antageligt kan have været nemmere at allokere ressourcer til samtaleforløb før pakkeforløbenes tilkomst, da behandlingstimer ikke har været normeret efter samme system. D giver udtryk for, at han ønsker at pakkeforløbene skal indebære muligheden for, at kunne tilbyde psykologforløb på minimum 20 sessioner, da dette findes i andre landes

retningslinjer, men ikke i Danmark (D-92, app. 1, p. 16).

Der er flere ressourcer til samtale og nær patient-behandler kontakt i OPUS, end der er i den almindelige psykiatri, da dette fokus på intensiv forebyggende behandling er OPUS-ordningens formål. D fortæller, at disse økonomiske rammer er gode, da behandlerne i OPUS har mulighed for at *“gøre det, der giver mening”* (D-108, app. 1, p. 19), hvilket usagt må være ment i kontrast til den almene psykiatriske behandling, hvor tiden til hver enkelt patient er begrænset i forhold til OPUS-behandlingen.

Som præsenteret i afsnit 2.10, er det at have tid og plads til at forstå patientens livshistorie, noget af det der giver mening i forhold til forståelsen og behandlingen af skizofreni. Behandlingen bør på sin vis være holistisk, i den forstand at patienten og behandleren skal afdække, hvordan patienten akut oplever sin sygdom, samt hvilke stressorer, der er med til at udløse psykotiske episoder. Behandleren skal forsøge at kortlægge det enkelte sygdomsforløb for at kunne forebygge forværring, men samtidigt behandle for at formindske akutte symptomer. Forståelsen af livshistoriens sammenhæng med sygdommens udvikling og udtryk, er vejen til, at patienten selv kan være med til at tackle sin sygdom fremadrettet, påpeger C. Dette fokus på langsigtet hjælp, mener han dog til tider bliver *“glemt i psykiatrien”* (C-99, app. 1, p. 17).

Det er plausibelt, at denne del af behandlingen ikke har væsentlig plads i den akutte behandling, som C er en del af, da behandlingen på sengeafsnit kan være presset på tid grundet hyppig overbelægning og kort tid mellem ind- og udskrivning, hvorfor behandlingen fokuseres på akutte symptombillede og stabilisering. Jeg vælger at tolke C's udsagn som et udtryk for, at han mener, at den langsigtede og forebyggende behandling allerede bør starte ved indlæggelsen, i modsætning til nu, hvor han påpeger at dette fokus primært findes i den efterfølgende ambulante behandling (C-86, app. 1, p. 15). Viden om patientens livsverden skaber et grundlag for, at patientens psykologiske problematikker kan tilgås i behandlingen, og dette er relevant ud fra

forståelsen af patientens sårbarhed for at udvikle psykose, og kan derfor ligeledes være relevant i den akutte behandling, hvis stressoren i sig selv har en akut karakter for den enkelte patient.

“(Svigt og traumer i livshistorien) ligger i nogle dynamikker, og hvis man ikke har forståelse for de dynamikker, så hjælper man ikke, så går man bare og hjælper på nogle symptomer (...)” (C-98, app. 1, p. 17).

En behandling, der tager højde for patientens unikke livsverden, og samtidigt sikrer mod langsigtet forbedring, bør derfor indebære psykoterapi, hvor målet er at styrke patienten, ved at identificere og minimere stressorer i deres liv, der udløser psykotiske perioder. En akut livskrise, der ligger til grund for en psykose, kan efter denne tankegang være vigtig at forholde sig til i behandlingen, som de psykotiske symptomer, der fik patienten indlagt.

4.4.1 - Behovet for mening

Den psykologiske tilgang til behandlingen er dog ikke kun udgjort af dette fokus på forebyggelse af psykotiske tilfælde, men bliver af B beskrevet som et behov, der har en eksistentiel karakter, da patienten har et behov for at kunne skabe mening i sin sygdom:

“(...) Patienten (har) som minimum brug for at snakke med nogen om det - om den oplevelse, som er en mulighed, patienten pludselig rummer i sig selv. (...) Der er jo noget i lidelsen, (der ikke bare kan reguleres biologisk), der er uforståeligt, både for patienten selv, men også for behandlere. Man skal arbejde med den mening, for det betyder så meget, at man kan give mening til noget, der sådan umiddelbart ikke er meningsfuldt eller ligefrem er fremmedgørende.” (B-80, app. 1, p. 14).

Dette behov træder især frem, da en mulig konsekvens af den

reduktionistiske forståelse, der kan følge med diagnostikken, er en objektivering af patientens adfærd. B mener, at den subjektive oplevelse hører til i behandlingen, da sygdommen ellers bliver uforståelig. Det at kunne skabe mening i sine oplevelser er vigtigt for mennesket og centralt for recovery processen ved svære psykiske lidelser (Ehrlich-Ben Or et al, 2013).

Psykologien har ligeledes en vigtig plads i psykiatrisk praksis, da det er et velkendt problem, at skizofreni-lidelsen forbindes med stigma (Hasson-Ohayon et al, 2014). Mulige årsager til stigmatiseringen vil ikke blive uddybet her, istedet vil der blive fokuseret på følelsen af skam, der kan plage patienten, der føler sig unormal.

“De fleste (patienter) vil jo gerne være normale, og være ligesom andre. Det vi (i psykiatrien) kan tilbyde dem, er jo en identitet, hvor de er syge.” (C-62, app. 1, p. 12).

C pointerer, at patienter får tilbudt en ny meningsramme, at forstå sig selv ud fra, når de er patienter i psykiatrien. Denne selvforståelse som psykisk syg er svær, da vores samfund higer efter psykisk stabilitet og normalitet. Dette stigma kan skyldes, at det kan være svært at forholde sig til et menneske med et usynligt handicap, hvis oplevelsesverden er afvigende fra normen. Stigmaet er dog ikke kun et problem, der opstår ved andres holdning til den syge, men ligeledes den syges selvopfattelse. D mener, at det derfor er vigtigt, at italesætte patientens egne fordomme, da skizofreni er en lidelse, som ofte er misforstået af lægmand:

“Det er klart at patienten eller den pårørende typisk har hørt alle de negative ting om skizofreni, og det er noget af det, vi prøver at tale med dem åbent om. Det er jo ikke fordi, at skizofreni er en positiv sygdom, men dét billede, der bliver tegnet i medierne, det er måske også unødigt negativt.” (D-65, app. 1, p. 13).

En del af behandlingen bør derfor være rettet mod at reducere det internaliserede stigma, patienten kan lide under, da patientens selvopfattelse er vigtig for recovery. Psykiatrien sigter mod bryde det sociale stigma, der findes i forbindelse med psykisk sygdom, og behandlere har en vigtig rolle i denne sammenhæng, da deres tanker om skizofreni har en stor påvirkning på praksis, såvel som patienter og pårørende. D fortæller, hvordan det ville være ideelt, hvis behandlere havde en turnusordning, for at behandlere selv havde et bedre indblik i den samlede behandling, som patienterne ofte har indgået i, og på denne måde ikke blev.

“En gang imellem burde behandlere på sengeafsnit tvinges ud et sted som OPUS eller psykose ambulatoriet, for når man er på et sengeafsnit, kan man godt komme ind i den tanke, at alt er kronisk, for man ser kun de patienter, som faktisk bliver ved med at have det dårligt.” (D-112, app. 1, p. 19).

Dette ville undgå behandler-bias, hvor opfattelsen af det typiske sygdomsforløb for en patient med skizofreni er farvet af de sværeste tilfælde, behandleren møder i sit daglige arbejde. Det er samme misrepræsentations-bias, der farver den generelle befolkning, da sygdommen typisk kun optræder i nyhedsmedier og populærkultur, når sygdommen forbindes med psykotiske menneskers farlighed og uforudsigelighed, hvorved at prototypen på en person med skizofreni bliver den farlige og kroniske afviger (Psykiatrifonden, 2019).

“Nogle gange sker der det, at når patienter får det bedre, så tænker behandlerne: så tog vi fejl, det må have været den forkerte diagnose. Og patienterne vil ofte også gerne have revideret diagnosen, hvis de får det helt godt. Så tænker jeg bare, at hvis vi hopper fuldstændig over i den boldgade, så er vi jo med til at fastholde billedet af skizofreni som noget, der kun kan være kronisk.” (D-66, app. 1, p. 13).

Skizofrenidiagnosen kan således både være stigmaet, men også løsningen på samme, da det er behandlerens ansvar at sørge for, at myten om kronicitet ikke fortsat eksisterer i samfundet og internt i psykiatrien.

5 - Diskussion

Indeværende afhandling har præsenteret et overblik af den psykiatriske behandling for skizofreni i Danmark. Som beskrevet i tidligere afsnit, er denne psykiatriske behandling funderet på en bio-psyko-social tilgang til forståelsen af sygdom, hvorfor behandlingen både omhandler biomedicinske og psykologiske beskrivelser af skizofreni. Behandlingen burde afspejle en sådan integrativ behandling og forståelse af sygdommen, men i analysen argumenteres der for, at informanterne kritiserer praksis for på nogle punkter at være unuanceret og for at have et overvejende fokus på den biomedicinske forståelse og behandling af skizofreni. Denne problematik består ved diagnostikkens rolle i psykiatrien, hvor denne præger behandlernes og patienternes sygdomsforståelse, endvidere oplever nogle af informanterne, at den farmakologiske behandling har forrang for psyko-sociale interventioner. En utilsigtet konsekvens ved diagnostikken er den, at sygdomsforståelsen i praksis kan virke reduceret til primært at bestå ved ICD-10's symptomkriterier, hvorfor væsentlige aspekter af den subjektive lidelse ved skizofreni bliver negligeret i behandlingen, da disse ikke bliver forstået som væsentligt for lidelsen.

Denne objektivisering er en forhindring for en psykologisk tilgang til behandlingen, mener nogle af informanterne, da det overordnede fokus i den akutte psykiatriske behandling bliver udredning, hvor patientens kvalitative oplevelse skal reduceres til symptomer, hvorudfra sygdomsdiagnosen kan baseres. Derfor oplever nogle af informanterne, at patientens unikke livsomstændigheder således ikke står tydeligt frem i den institutionelle

sygdomsforståelse, som de arbejder under. Samtidigt rettes behandlingen mod at fjerne de symptomer, der er væsentlige for den fænomenologisk deskriptive diagnostiske udredning, hvorfor de mere psykologiske følgevirkninger ved at lide af skizofreni træder i baggrunden i den samlede behandling. Selvfølgelig kan for patienten være et lige så væsentligt aspekt af lidelsen som eksempelvis de positive symptomer, men informanterne beretter om, at der i praksis eksisterer en sondring mellem vigtigheden af disse aspekter ved skizofrenien, da selvfølgelig ikke tilgås i det fænomenologiske deskriptive interview, da selvfølgelig er en subjektiv oplevelse, der er svært operationaliserbar.

I analysen omtales således to divergerende sygdomsforståelser, henholdsvis en nuanceret integrativ sygdomsforståelse samt en reduceret sygdomsforståelse, der er baseret på diagnostikkens rammer. Informanterne fortæller, at behandleres evner til at adskille disse er central for, at patientens reelle lidelse kan tilgås i behandlingen. Denne skelnen danner grundlaget for at kunne facilitere en behandlingsalliance, der er vigtig for den samlede behandling.

På baggrund af informanternes udsagn, argumenteres der i indeværende afhandling for, at behandlingen i højere grad bør indebære en idiografisk tilgang til patientens oplevelse af sin sygdom, fordi dette muliggør en bred og dybdegående forståelse af patientens unikke lidelse, hvilket flere af de adspurgte psykologer omtaler som grundlaget for at kunne facilitere terapi til patienter med skizofreni. Den idiografiske tilgang til patientens unikke lidelse hjælper ligeledes behandlingsalliancen på vej, da patienten kan føle sig hørt. Dette kan tænkes at medføre adherence ved den overordnede behandling, da patienten på denne måde inddrages og føler sig myndiggjort i sin behandling. Den diagnostiske rammesætning for skizofreni, der er designet til at være reduktionistisk, bør derfor tydeligt adskilles fra en nuanceret sygdomsforståelse, der inkorporerer den subjektivt oplevede lidelse og de psykologiske aspekter ved at lide af skizofreni. En nuanceret

sygdomsforståelse, der rækker ud over diagnostikkens rammer, er grundlaget for en god behandling i praksis, og diagnostikken bør derfor udelukkende bruges af behandleren til at danne sig overblik over patientens sygdom samt til vurderingen af, hvorvidt patienten er det rette sted i psykiatrien. Psykologien udfylder derfor en vigtig plads i den unikke sygdomsforståelse. Informanterne forsøger på hver deres måde at møde det enkelte menneske i behandlingen, men strukturelt findes udfordringer, der besværliggør dette, hvorfor det er vigtigt, at behandlerne også tænker psykologisk, når de tænker psykiatrisk.

Uden en psykologisk tilgang til sygdomsforståelsen vil der kunne opstå en problematisk cirkularitet i sygdomsforståelsen og forklaringen på lidelsen i praksis. Denne cirkularitet beskriver Morten Kistrup (2012) som en problematik, der indirekte fremstår i behandlingen nu: Patogenesen for skizofreni er ikke neurobiologisk forstået, hvorfor patientens symptomer ofte forklares ud fra kendgerningen, at patienten har diagnosen skizofreni, hvilket igen afhænger af, om patienten udviser selvsamme symptomer. Dette er selvfølgelig en smule karikeret, da behandlere, der arbejder med skizofreni, bør kende til de kortlagte disponerende faktorer, samt sammenhængen mellem stressorer og psykoser, hvorfor cirkulariteten ikke vil fremstå så tydeligt, men groft sagt vil en psykiatrisk forståelse, der negligerer det psykologiske og menneskelige aspekt ved sygdommens lidelse, bestå ved en sådan cirkularitet.

Diatese-stressmodellen forklarer ikke det kvalitative indhold af den psykotiske oplevelse, men er snarere en forklaringsramme til at forstå grundlaget for den psykotiske reaktions opståen. Denne forklaringsramme er ganske nyttig for epidemiologisk forskning og forebyggende arbejde, da patienten kan lære om beskyttende faktorer og risikofaktorer, men den personlige oplevelse forklares ikke, og patienten er udfordret af en truende meningsløshed. Mennesket søger mening, hvilket informanterne fortæller er vigtigt at tage højde for i behandlingen. En målsætning for den psykologiske

behandling er, at patientens psykotiske reaktioner ikke kun skal opleves som uforståelige symptomer. Der er en menneskelig slagside ved at opleve en forvrænget virkelighed, og denne oplevelse bør psykologen tage hånd om i behandlingen. Fremtidig praksis vil formentligt ændres med ICD-11, hvor den diagnostiske tilgang til sygdommen bliver dimensionel. En nuanceret sygdomsforståelse kompromitterer således ikke diagnostisk udredning; begge dele hører til i psykiatrisk behandling. Den nuancerede sygdomsforståelse er dog en essentiel del af en integrativ behandling for skizofreni, da sygdommen ikke kan forklares ud fra genetik eller psykologi alene, men netop består i det samspil, der er omtalt i diatese-stressmodellen. I analysen foreslås det, at psykologiske modeller til at tilgå skizofreniens grundforstyrrelse bør bruges aktivt i behandlingen, da sådanne modeller tilbyder forståelsesrammer for behandleren, hvilket faciliterer en dybere forståelse af de menneskelige mekanismer, den psykotiske patient oplever. Denne forståelse af psykosens udvikling skaber grundlaget for, at patient og behandler meningsfuldt kan møde hinanden, ikke kun i terapien, men ligeledes i den generelle behandling.

Det at skabe en form for mening ved lidelsen er vigtigt for, at patienten kan lære at arbejde med sin lidelse, og derved håndtere en virkelighed, der indebærer uvirkelige oplevelser. Når patienten rummer muligheden for at kunne tabe forbindelsen til virkeligheden, er det ikke bare uforståeligt for behandlere og pårørende, men kan ligeledes virke uforståeligt for patienten. Psykologens rolle i psykiatrien bør derfor ideelt set indebære en sådan terapeutisk tilgang til patienternes oplevelser og tanker, hvor patienten og behandleren sammen kan skabe en mening i sygdomsforløbet og de reaktioner, den enkelte patient oplever. I indeværende afhandling er Laings eksistentielle fænomenologi og DST præsenteret som eksempler på teoretiske forståelsesrammer, der søger at forklare den psykologiske lidelse, der er forbundet med skizofreni. Disse foreslås ikke som modeller, der skal inkorporeres i psykologernes psykiatriske arbejde, men er eksempler på, hvordan psykologiske modeller kan bruges til at skabe mening for patient og behandler i en behandlingskontekst, hvor skizofreniens symptomatiske

udtryk kan virke meningsløst, og patientens adfærd kan virke uforståelig. Cullbergs (2001) psykiatriske praksis er baseret på psykodynamisk orienteret terapi, hvilken han mener bør være en del af tilgangen til skizofreniramte patienter, da *“det meningsskabende menneske vil vedblive at spille en rolle”* (p. 296). Han foreslår dog, at metoden skal udvikles til i højere grad at være klinisk anvendelig, og at den skal kunne rettes mod den enkelte patients funktionsnedsættelse (ibid.). Cullberg (2001) fremfører altså to pointer. Den ene er, at den psykologiske forståelse hører sig til i behandlingen, da mennesket er meningsskabende, og den psykotiske oplevelse kræver en mening, hvilket psykologiske modeller kan gavne. Den anden er, at psykologiske modeller kan raffineres, således at de skaber et grundlag, hvorudfra effektiv psykoterapi kan udvikles og bedre effekten af den samlede behandling. Psykologiens plads i psykiatrien er således ikke kun et spørgsmål om hvorvidt, der allerede forefindes evidensbaseret terapi, der kan indgå i behandlingen, men den psykologiske tilgang til sygdomsforståelsen er ligeledes grundlaget for, at fremtidig psykoterapeutisk behandling kan udvikles og sikre en integrativ behandling, der tager højde for sygdommens heterogenitet, multifaktorielle udviklingshistorier, samt patienternes individuelle oplevelse af den samlede behandling.

I analysen kom det frem, at flere af psykologerne omtalte strukturen af behandlingen som udfordrende for den psykologiske tilgang til patientens lidelse, da behandlingspakkerne begrænser patient-behandler-tiden i den akutte psykiatri og fastholder fokus på den farmakologiske behandling. Den akutte psykiatri er rettet mod hurtig medicinsk stabilisering for at undgå, at den akut psykotiske patient gør skade på sig selv eller andre, men måske akut psykologisk intervention også burde være en del af denne stabiliserende behandling. OPUS-modellen adskiller sig fra den almene voksenpsykiatriske behandling for skizofreni ved at have ressourcer til forebyggende behandling og færre patienter pr. behandler. Denne intensive behandlingsindsats indeholder måske opskriften på en behandlingssucces, der kan videreføres til den almene hospitale voksenpsykiatri, der er presset

økonomisk og mangler sengepladser (Ahle, 2019). OPUS er dyr i ressourcer sammenlignet med almen psykiatrisk behandling for skizofreni, men overordnet set er det billigere, da patienterne tilknyttet OPUS har færre og kortere indlæggelser (Nordentoft, 2009b). Det kan tænkes, at flere ressourcer til behandlingen i voksenpsykiatrien kan muliggøre den forandring, de interviewede psykologer efterspørger, hvor den samlede behandling er mere integrativ, og den forebyggende psykologiske intervention også hører sig til i den akutte behandling.

Psykologien har allerede en plads i psykiatrien, idet der er ansat psykologer, men ud fra informanternes synspunkter kan det tænkes, at psykologiens rolle i visse tilfælde kan være trængt. Analysen af interviewene har skabt et grundlag for at sætte fokus på nogle udfordringer, der måske er gældende i den generelle psykiatriske behandling for skizofreni, men afhandlingens metodologiske tilgang begrænser sådanne antagelser til ikke at være mere end spekulationer. Interviewguiden, der er at finde i appendix (2), er designet for at være semistruktureret, men meget åben, da dette har sikret en eksplorativ tilgang til psykologernes personlige oplevelse og holdninger. Dette har medført en rig indsigt i psykologiens placering i et tværfagligt felt, hvor behandlingen både har strukturelle fordele og problematikker for den psykologiske faglighed. Denne eksplorative tilgang har opstillet nogle spørgsmål, der fremtidigt er interessant at undersøge i dybden: Hvordan påvirker diagnostikken sygdomsforståelsen i praksis hos patienter såvel som behandlere? Hvordan sikrer man en behandlingskultur, hvor der er tid og plads til at have en integrativ tilgang til patientens lidelse? Hvilke psykologiske modeller kan rammesætte patientens oplevede lidelse, så patientens lidelse bliver forstået? Det ville være interessant, at opstille et struktureret interview, der er designet til at gennemgå de væsentlige tematikker fra indeværende analyse med andre behandlere, hvorledes en mere dybdegående diskussion af konkrete psykologiske værktøjer til behandlingen kunne blive taget op og undersøgt. En sådan diskussion vil kunne danne det faglige grundlag for en samlet grundforståelse af

sygdomsbehandlingen, der kunne bruges til at udvikle en mere integrativ og holistisk tilgang til patienter med skizofreni.

6 - Konklusion

Samtalerne med de fire psykologer har udgjort et grundlag, hvorudfra den psykiatriske behandling for skizofreni er blevet gennemgået. Psykologien har en naturlig plads i behandlingen af psykiske sygdomme, men analysen af samtalerne viser, at de adspurgte psykologer har forskellige oplevelser af, hvad psykologiens plads er for nuværende, og hvordan de oplever, at den psykologiske tilgang til behandling i højere grad bør inkorporeres i fremtidens behandling. Afhandlingen har kortlagt flere tematikker, der er trådt frem i interviewene, der bredt definerer en integrativ behandling, der indebærer komplekse vinkler og forskellige faglige grundsyn, der alle er væsentlige for at kunne sikre en god behandling. Psykologien er således relevant, ikke bare i den unikke forståelse af den enkelte patient, men også for grundlaget for psykiatrisk behandling af skizofreni, hvor målet må være at hele og lindre en invaliderende psykisk sygdom, der påvirker tusinder af mennesker i Danmark hver dag. Psykologiens funktion er derfor væsentlig i alle facetter af behandlingen, men er i særdeleshed vigtig for menneskesynet, sygdomsforståelsen og behandlingsstrukturen i den danske psykiatri. Psykologen har derfor mere end en behandlende rolle i psykiatrien, men er ligeledes en del af denne omstilling til en psykiatri med fokus på det unikke menneske og dennes recovery, hvor den psykologiske faglighed skal sættes i spil for at sikre, at behandlingen har mennesket i centrum.

7 - Litteraturliste

- Aagaard, J. (2017). Socialpsykiatri. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag grundbog.
- Ahle, G. (2019). *Dansk Psykiatrisk Selskab: Hele psykiatrisystemet er presset i bund*. Debat artikel indsendt til altinget af formand Gitte Ahle for dansk psykiatrisk selskab. Tilgået den 1. september 2019 fra <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/dansk-psykiatrisk-selskab-hele-psykiatrisystemet-er-preset-i-bund>
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., & Le Quack, P. et al. (2011). Predictors of recovery from psychosis. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 257-266. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.013
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2019). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, doi: 10.1111/papt.12218
- Ban, T. A. (2004). Neuropsychopharmacology and the genetics of schizophrenia: a history of the diagnosis of schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 28(5), 753-762. doi: 10.1016/j.pnpbp.2004.05.021
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bedre Psykiatri (2019). Medicin. Vidensbank for pårørendeforeningen bedre psykiatri. Tilgået den 15. juni 2019 fra <https://www.bedrepsykiatri.dk/viden/medicin>
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschlæger, J., & Le Quack, P. et al. (2008). Five-Year Follow-up of a Randomized

- Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.762
- Beveridge, & Beveridge, A. (1998). R. D. Laing revisited. *Psychiatric bulletin*, 22(7), 452-456. doi: 10.1192/pb.22.7.452
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(04), 349-354. doi: 10.1017/S1092852916000316
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(04), 349-354. doi: 10.1017/S1092852916000316
- Bliksted, V. (2011). Kognitiv Psykoterapi. In T.Ø. Christensen & G. Krarup (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Brandt-Christensen, M., Balling, P. & Nitschke, K. (2018). Skizofreni og kriminalitet. *Ugeskriftet Læger* 180(3), pp. 257-260: :V09170663.
- Brinkmann, S. (2012). Kvalitativ udforskning af hverdagslivet. København: Hanz Reitzels Forlag.
- Chan, R. C., Xie, W., Geng, F. L., Wang, Y., Lui, S. S., & Wang, C. Y. et al. (2016). Clinical Utility and Lifespan Profiling of Neurological Soft Signs in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 560-570. doi: 10.1093/schbul/sbv196
- Christensen, T.Ø. (2011a). Skizofrenidiagnosen og -begrebet. In T.Ø. Christensen & G. Krarup (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Christensen, T.Ø. (2011b). Klinisk udredning. In T.Ø. Christensen & G. Krarup (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Cullberg, J. (2001). Psykoser: et humanistisk og biologisk perspektiv. Hans Reitzel. Danmark: København.
- Danske Regioner (2014). Mål om mindre tvang i psykiatrien. Regionernes vidensdatabase. Tilgået den 16. juni 2019 fra <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/maal-om-mindre-tvang-i-psykiatrien>

- Danske Regioner (2016). Forløbsbeskrivelse for prævalent skizofreni. Tilgået: <https://www.psykiatrien.rm.dk/siteassets/fagfolk/behandlingspakker/pakkeforlob-voksne-pravalent-skizofreni-2016-03-29.pdf>
- Danske Regioner (2017). Pakkeforløb for incident skizofreni. Tilgået: https://www.sundhed.dk/content/cms/58/75758_pakkefor%C3%B8b-for--incident-skizofreni.pdf
- Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A. J., & Stanhope, V. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental health review (Brighton)*, 22(3), 179-190. doi: 10.1108/MHRJ-01-2017-0007
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-7. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153
- De Wet, A., Swartz, L., & Chiliza, B. (2015). Hearing their voices: The lived experience of recovery from first-episode psychosis in schizophrenia in South Africa. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 27-32. doi: 10.1177/0020764014535753
- Dilbaz, N. (2015). New Targets for the Management of Schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25(4), 407-428. doi: 10.5455/bcp.20151125024949
- Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., & Weiser, M. et al. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive psychiatry*, 54(2), 195-200. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.011
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Lehloeny, K. (2011). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 114-121. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283436ea3
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Foucault, M. (1971). Sindssygdom og psykologi. København: Bibliotek Rhodos.
- Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., & Morrison, A. P. (2013). Qualitative Exploration of Empowerment from the Perspective of Young People

- with Psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 136-148. doi: 10.1002/cpp.785
- Guloksuz, S., & Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological medicine*, 48(2), 229-244. doi: 10.1017/S0033291717001775
- Gøtzsche, Gøtzsche, P. C., & Lund, K. (2016). Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk juss*, 2(02), 118-157. doi: 10.18261/issn.2387-4546-2016-02-03
- Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., & Lysaker, P. H. (2013). Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 45-. doi: 10.2147/PRBM.S47891
- Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Elhasid, N., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 675-680. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.009
- Heinrichs, R. W. (2003). Historical origins of schizophrenia: Two early madmen and their illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(4), 349-363. doi: 10.1002/jhbs.10152
- Hermans, H. J. (2014). Self as a Society of I-Positions: A Dialogical Approach to Counseling. *Journal of Humanistic Counseling*, 53(2), 134-159. doi: 10.1002/j.2161-1939.2014.00054.x
- Hermans, H.J. & Gieser, T. (2011). Introductory chapter History, main tenets and core concepts of dialogical self theory. In H.J. Hermans, & T. Gieser (Eds.). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge: Cambridge University Press
- Ho, D.Y.F. (2011). Therapeutic applications of dialogues in dialogical action therapy. In H.J. Hermans, & T. Gieser (Eds.). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge: Cambridge University Press
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193. doi: 10.1038/nature09552

- Jørgensen, C.R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2017). Psykoterapi. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag. grundbog.
- Kean, C. (2009). Silencing the Self: Schizophrenia as a Self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034-1036. doi: 10.1093/schbul/sbp043
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of psychiatric research*, 6, 345-362. doi: 10.1016/0022-3956(68)90026-5
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-184. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055
- Kingdon, D., & Turkington, D. (2019). Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation. *Schizophrenia research*, 203, 62-65. doi: 10.1016/j.schres.2017.09.023
- Kistrup, M. (2012). *Psykologien i psykiatrien: at forstå, forholde sig til og behandle mennesker med skizofreni* (1st ed.). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Korsbek, L. (2016). Corecovery: Mental health recovery in a dynamic interplay between humans in a relationship. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 196-205. doi: 10.1080/15487768.2016.1197863
- Kragh, J.V., Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). Psykiatriens historie i Danmark. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Krarp, G. (2009). Medicinsk behandling. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen & S. Kjær (Eds.). *Psykose hos unge: Symptomer, behandling og fremtid*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Krarp, G. (2011a). Ætiologi, epidemiologi og forløb. In T.Ø. Christensen & G. Krarp (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Krarp, G. (2011b). Organisatoriske forhold. In T.Ø. Christensen & G. Krarp (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.

- Laing, R.D. (1960/2001). *The divided self (Det spaltede selv)*. Oversættelse ved Finn Abrahamowitz. København: Hans Reitzels forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology - theory, research, and Method*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Laursen, K.S. (2019). Bedre Psykiatri: Overbelægning skyld i for tidlig udskrivelse. Avisartikel og video-interview af TV-Midt Vest, Holstebro. Tilgået 17. juni 2019 fra <https://www.tvmidtvest.dk/artikel/overbelægning-skyld-i-tidlig-udskrivning>
- Le Quach, P. (2011). Medikamentel behandling. In T.Ø. Christensen & G. Krarup (Eds.). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet (British edition)*, 373(9657), 31-41. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61764-X
- Lindhardt, A. (2017). Psykiatriens organisering. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hans Reitzels forlag. grundbog.
- Lysaker, P.H., & Lysaker, J.T. (2011a). Psychotherapy and Recovery from Schizophrenia: A Model of Treatment as Informed by a Dialogical Model of the Self Experience in Psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 125-133. doi: 10.1007/s10879-010-9157-x
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 271-276. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.003
- Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. (2011b). Schizophrenia and alterations in first-person experience: advances offered from the vantage point of dialogical self theory. In H.J. Hermans, & T. Gieser (Eds.). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge: Cambridge University Press
- Meehl, & Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827. doi: 10.1037/h0041029
- Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., & Icken, A. et al. (2018). Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *European psychiatry*, 53, 107-115. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.007

- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., & Green, J. et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British journal of psychiatry*, 185(04), 291-297. doi: 10.1192/bjp.185.4.291
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Med mennesket i centrum. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Nitzan, U., Bukobza, G., Aviram, S., Fennig, S., Lev-Ran, S., & Braw, Y. et al. (2013). Rebelliousness in patients suffering from schizophrenia-spectrum disorders—A possible predictor of attitudes towards medication. *Psychiatry research*, 209(3), 297-301. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.028
- Nordentoft, M. (2009a). Skizofreni og psykose - symptomer, forløb og prognose. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen and S. Kjær (Eds.), *Psykoser hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Nordentoft, M. (2009b). Forebyggelse i forskellige faser i udviklingen af psykose. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen and S. Kjær (Eds.), *Psykoser hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Nordentoft, M. & Vandborg, S.K. (2017). Skizofreni. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag. grundbog.
- Parnas, J., Sass, L. A., & Zahavi, D. (2013). Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270-277. doi: 10.1093/schbul/sbs153
- Parnas, J. (2000). Skizofreni - sygdomsbegreb og -udvikling. In P. Jørgensen, T.K. Larsen & B. Rosenbaum (Eds.), *Tidlig indsats ved skizofreni - udvikling og behandling* (pp. 11-23). Copenhagen, FADL's forlag. ISBN 87-7749-295-1
- Parnas, J. & Jansson, L. (2018). Psykopatologi og diagnose. *Ugeskrift for læger* 180(3).
- Pedersen, L. (2014). Tvang i psykiatrien – hvad fortæller tallene? Dansk psykiatrisk selskabs online blog. Tilgået 1. juni 2019 fra <https://www.dpsnet.dk/tvang-i-psykiatrien-hvad-fortaeller-tallene/>

- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 73, 191-218. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.013
- Psykiatrien Region Sjælland (2018). Pakkeforløb psykiatrien. Tilgået den 3. juni 2019 fra:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/sjaelland/almen-praksis/patientforloeb/psykiatrien/pakkeforloeb-psykiatrien/>
- Psykiatrifonden (2019). Stigmatisering og selv-stigmatisering, myter og misforståelser. Vidensbank for psykiatrifonden. Tilgået 2. juni 2019 fra <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/tabu-og-stigmatisering-se-mig-som-den-jeg-er-er-ikke-min-sygdom/stigmatisering.a.spx>
- Raballo, A., Sæbye, D., & Parnas, J. (2011). Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 344-351. doi: 10.1093/schbul/sbp056
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lajer, M., & Lindhardt, A. et al. (2012). Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. *Psychiatry*, 75(4), 331-341. doi: 10.1521/psyc.2012.75.4.331
- Rosenbaum, B. & Sonne, H. (1979). *Der er et bånd der taler*. København: Nordisk Forlag.
- Rosenbaum, B (2002). Psykoser. In M. Brørup, L. Hauge & U.L. Thomsen (Eds.). *Den nye psykologi håndbog (2nd ed.)*. København: Gyldendal Uddannelse. ISBN: 87-01-07342-7
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
- Schultz, V. & Simonsen, E. (2017). Retspsykiatri. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri (2nd ed)*, Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Shih, R. A., Belmonte, P. L., & Zandi, P. P. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *International Review of Psychiatry*, 16(4), 260-283. doi: 10.1080/09540260400014401

- Simonsen, E. (2017a). Psykiatrisk klassifikation. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Simonsen, E. (2017b). Det psykiatriske interview. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). Evidensbaseret klinisk praksis. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis, In J. A.
- Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed.). London: Sage.
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of Schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(2), 153-159. doi: 10.1023/A:1009919309015
- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., & Bartko, J. J. (1974). Part III. Speculations on the Processes That Underlie Schizophrenic Symptoms and Signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 61-69. doi: 10.1093/schbul/1.11.61
- Sundheds- og ældreudvalget (2017). *Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner*. Analyse. København: Sundheds- og ældreministeriet.
- Sundhedsstyrelsen, Flachs, E.M., Eriksen, L., Koch, M.B., Ryd, J.T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København:
- Sørensen, L.M. (2019). OVERBLIK - Det vil partierne med psykiatrien efter valget. DR-artikel. Tilgået 1. juni 2019 fra <https://www.dr.dk/nyheder/politik/folketingsvalg/overblik-det-vil-partierne-med-psykiatrien-efter-valget>
- United Nations. (2017). Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

- Whitley, R. (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?. *Psychiatric Services*, 63(10), 1039-1041. doi: 10.1176/appi.ps.201100484
- World Health Organization, & World Health Organization Staff. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. (1992).
- World Health Organization, & World Health Organization Staff. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. (1992).
- Zandersen, M., & Parnas, J. (2019). Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 106-113. doi: 10.1093/schbul/sbx183
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103. doi: 10.1037/0021-843X.86.2.103
- Zuckerman, M. (1999). Vulnerability to psychopathology - A biosocial model. Washington, DC: American Psychological Association.

8 - Pensumliste

- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., & Le Quack, P. et al. (2011). Predictors of recovery from psychosis. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 257-266. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.013
- Amos, A. J. (2014). Evidence that treatment prevents transition to psychosis in ultra-high-risk patients remains questionable. *Schizophrenia research*, 153(1-3), 240-240. doi: 10.1016/j.schres.2014.01.003
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Austin, S. F., Mors, O., Budtz-Jørgensen, E., Secher, R. G., Hjorthøj, C. R., & Bertelsen, M. et al. (2015). Long-term trajectories of positive and negative symptoms in first episode psychosis: A 10 year follow-up study in the OPUS cohort. *Schizophrenia research*, 168(1-2), 84-91. doi: 10.1016/j.schres.2015.07.021
- Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E., Benson, C., & Carter, J. A. (2018). Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 983-991. doi: 10.1007/s10597-018-0289-x
- Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2019). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, doi: 10.1111/papt.12218
- Baklien, B. (2017). The diagnosis psychosis - the problematic link between knowledge and treatment guidelines. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 66-72.
- Ban, T. A. (2004). Neuropsychopharmacology and the genetics of schizophrenia: a history of the diagnosis of schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 28(5), 753-762. doi: 10.1016/j.pnpbp.2004.05.021

- Becker, T., & Kilian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 9-16. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00711.x
- Bedre Psykiatri (2019). Medicin. Vidensbank for pårørende foreningen bedre psykiatri. Tilgået den 15. juni 2019 fra <https://www.bedrepsykiatri.dk/viden/medicin>
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschlæger, J., & Le Quach, P. et al. (2008). Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.762
- Beveridge, & Beveridge, A. (1998). R. D. Laing revisited. *Psychiatric bulletin*, 22(7), 452-456. doi: 10.1192/pb.22.7.452
- Bola, J. R. (2009). Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. *Psychosis*, 1(1), 4-18.
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(04), 349-354. doi: 10.1017/S1092852916000316
- Brandt-Christensen, M., Balling, P. & Nitschke, K. (2018). Skizofreni og kriminalitet. *Ugeskriftet Læger* 180(3), pp. 257-260: :V09170663.
- Brinkmann, S. (2012). *Kvalitativ udforskning af hverdagslivet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Chan, R. C., Xie, W., Geng, F. L., Wang, Y., Lui, S. S., & Wang, C. Y. et al. (2016). Clinical Utility and Lifespan Profiling of Neurological Soft Signs in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 560-570. doi: 10.1093/schbul/sbv196
- Cheng, S. C., Walsh, E., & Schepp, K. G. (2016). Vulnerability, Stress, and Support in the Disease Trajectory from Prodrome to Diagnosed Schizophrenia: Diathesis–Stress–Support Model. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), 810-817. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.008
- Cullberg, J. (2001). *Psykosere: et humanistisk og biologisk perspektiv*. Hans Reitzel. Danmark: København.

- Cullberg, J. (2011). Psychosis, dissociation or delirium? Observations on the importance of differential diagnostics. *Psychosis*, 3(2), 160-162. doi: 10.1080/17522439.2010.518321
- Cullberg, J. (2011). Review of Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives. *Psychosis*, 3(3), 256-257.
- Christensen, T.Ø., & Krarup, G. (2011). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's forlag.
- Danske Regioner (2014). Mål om mindre tvang i psykiatrien. Regionernes vidensdatabase. Tilgået den 16. juni 2019 fra <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/maal-om-mindre-tvang-i-psykiatrien>
- Danske Regioner (2016). Forløbsbeskrivelse for prævalent skizofreni. Tilgået: <https://www.psykiatrien.rm.dk/siteassets/fagfolk/behandlingspakker/pakkeforlob-voksne-pravalent-skizofreni-2016-03-29.pdf>
- Danske Regioner (2017). Pakkeforløb for incident skizofreni. Tilgået: https://www.sundhed.dk/content/cms/58/75758_pakkeforlo%C3%B8b-for--incident-skizofreni.pdf
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-7. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153
- Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A. J., & Stanhope, V. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental health review (Brighton)*, 22(3), 179-190. doi: 10.1108/MHRJ-01-2017-0007
- De Wet, A., Swartz, L., & Chiliza, B. (2015). Hearing their voices: The lived experience of recovery from first-episode psychosis in schizophrenia in South Africa. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 27-32. doi: 10.1177/0020764014535753
- Dilbaz, N. (2015). New Targets for the Management of Schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25(4), 407-428. doi: 10.5455/bcp.20151125024949
- Dixon, L. B., Goldman, H. H., Bennett, M. E., Wang, Y., McNamara, K. A., & Mendon, S. J. et al. (2015). Implementing coordinated specialty care for

- early psychosis: The RAISE Connection Program. *Psychiatric Services*, 66(7), 691-698. doi: 10.1176/appi.ps.201400281
- Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., & Weiser, M. et al. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive psychiatry*, 54(2), 195-200. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.011
- Ellenberg, S., & David, A. (2018). Psychotherapy for schizophrenia-spectrum disorders. In *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice* (pp. 363-405). John Wiley & Sons, Inc.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Lehloenya, K. (2011). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 114-121. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283436ea3
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Fletcher, & Fletcher, P. C. (2014). Towards a cognitive neuroscience of psychosis. *Schizophrenia research*, 160(1-3), e8-e9. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.072
- Gaebel, & Gaebel, W. (2015). ICD-11 and DSM-5 – Similarities and Differences. *European psychiatry*, 30, 115-. doi: 10.1016/S0924-9338(15)31836-8
- Galderisi, S., Färden, A., & Kaiser, S. (2017). Dissecting negative symptoms of schizophrenia: History, assessment, pathophysiological mechanisms and treatment. *Schizophrenia research*, 186, 1-2. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.046
- Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., & Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 252-257. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.1
- Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., & Morrison, A. P. (2013). Qualitative Exploration of Empowerment from the Perspective of Young People with Psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 136-148. doi: 10.1002/cpp.785
- Guloksuz, S., & Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum.

Psychological medicine, 48(2), 229-244. doi:
10.1017/S0033291717001775

Gøtzsche, Gøtzsche, P. C., & Lund, K. (2016). Tvangsmedisinering må forbys. *Kritisk juss*, 2(02), 118-157. doi:
10.18261/issn.2387-4546-2016-02-03

Hamm, J. A., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., & Lysaker, P. H. (2013). Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 45-. doi: 10.2147/PRBM.S47891

Hamm, J. A., & Leonhardt, B. L. (2016). The Role of Interpersonal Connection, Personal Narrative, and Metacognition in Integrative Psychotherapy for Schizophrenia: A Case Report. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 132-13241. doi: 10.1002/jclp.22247

Hanlon, F. M., Yeo, R. A., Shaff, N. A., Wertz, C. J., Dodd, A. B., & Bustillo, J. R. et al. (2019). A symptom-based continuum of psychosis explains cognitive and real-world functional deficits better than traditional diagnoses. *Schizophrenia research*, No-. doi:
10.1016/j.schres.2019.01.024

Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., & Petersen, L. et al. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: Economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *British journal of psychiatry*, 202(1), 35-41. doi:
10.1192/bjp.bp.112.112300

Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Elhasid, N., Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Between self-clarity and recovery in schizophrenia: reducing the self-stigma and finding meaning. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 675-680. doi:
10.1016/j.comppsy.2013.11.009

Heinrichs, R. W. (2003). Historical origins of schizophrenia: Two early madmen and their illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(4), 349-363. doi: 10.1002/jhbs.10152

Hermans, H. J. (2014). Self as a Society of I-Positions: A Dialogical Approach to Counseling. *Journal of Humanistic Counseling*, 53(2), 134-159. doi: 10.1002/j.2161-1939.2014.00054.x

Hermans, H. J., & Gieser, T. (2011). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge: Cambridge University Press

- Hodgins, S. (2017). Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1021-1026. doi: 10.1093/schbul/sbx079
- Hofer, A., Wolfgang Fleischhacker, W., & Munk-Jørgensen, P. (2006). Attitudes towards medication in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 161-162. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00749.x
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193. doi: 10.1038/nature09552
- Insel, T. R. (2016). RAISE-ing our expectations for first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 311-312. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091204
- Jensen. (2013). Pårørende til psykisk syge – et uudnyttet potentiale for samfundsøkonomien. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 65-72.
- Kean, C. (2009). Silencing the Self: Schizophrenia as a Self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034-1036. doi: 10.1093/schbul/sbp043
- Kety, Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of psychiatric research*, 6, 345-362. doi: 10.1016/0022-3956(68)90026-5
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-184. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055
- Kingdon, D., & Turkington, D. (2019). Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation. *Schizophrenia research*, 203, 62-65. doi: 10.1016/j.schres.2017.09.023
- Kistrup, M. (2012). Psykologien i psykiatrien: at forstå, forholde sig til og behandle mennesker med skizofreni (1st ed.). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Korsbek, L. (2016). Corecovery: Mental health recovery in a dynamic interplay between humans in a relationship. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 196-205. doi: 10.1080/15487768.2016.1197863

- Korsbek, Korsbek, L., & Petersen, L. (2016). Peerstøtte i de etablerede psykiatriske og psykosociale indsatser - hvad siger litteraturen om effekten?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 288-304. doi: 10.18261/issn.1504-3010-2016-04-02
- Kozuki, Y., & Schepp, K. G. (2005). ADHERENCE AND NONADHERENCE TO ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS. *Issues in mental health nursing*, 26(4), 379-396. doi: 10.1080/01612840590922425
- Kragh, J.V. & Møllerhøj, J. (2016). Sct. Hans 1816 – 2016. København, Danmark: Region Hovedstadens Psykiatri og Psykiatrisk Center Sct. Hans.
- Laing, R.D. (1960/2001). The divided self (Det spaltede selv). Oversættelse ved Finn Abrahamowitz. København: Hans Reitzels forlag.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology - theory, research, and Method*. Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Larkin, M., Boden, Z. V., & Newton, E. (2015). On the Brink of Genuinely Collaborative Care. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1463-1476. doi: 10.1177/1049732315576494
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 83. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835035ca
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet (British edition)*, 373(9657), 31-41. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61764-X
- Lieberman, J. A., & First, M. B. (2018). Psychotic Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 379(3), 270-280. doi: 10.1056/NEJMra1801490
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2011a). Psychotherapy and Recovery from Schizophrenia: A Model of Treatment as Informed by a Dialogical Model of the Self Experience in Psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 125-133. doi: 10.1007/s10879-010-9157-x
- Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. (2011b). Schizophrenia and alterations in first-person experience: advances offered from the vantage point of dialogical self theory. In H.J. Hermans, & T. Gieser (Eds.). *Handbook of Dialogical Self Theory*. Cambridge: Cambridge University Press

- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 271-276. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.003
- Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitive Capacities for Reflection in Schizophrenia: Implications for Developing Treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 487-491. doi: 10.1093/schbul/sbu038
- Mattai, A. K., Hill, J. L., & Lenroot, R. K. (2010). Treatment of early-onset schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 304-310. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833b027e
- Meehl, & Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827. doi: 10.1037/h0041029
- Meehl, P. E. (1990). Toward an Integrated Theory of Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4(1), 1-99. doi: 10.1521/pedi.1990.4.1.1
- Meehl, P. E. (1973). Why I Do Not Attend Case Conferences. In *Psychodiagnosis: Selected Papers* (pp. 225-).
- Mitchison, D., Jakes, S., Kelly, S., & Rhodes, J. (2015). Are Young People Hospitalised with Psychosis Interested in Psychological Therapy?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 22-31. doi: 10.1002/cpp.1864
- Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., & Iken, A. et al. (2018). Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *European psychiatry*, 53, 107-115. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.007
- Mojtabai, R., Corey-Lisle, P. K., Ip, E. H., Kopeykina, I., Haeri, S., & Cohen, L. J. et al. (2012). The Patient Assessment Questionnaire: Initial validation of a measure of treatment effectiveness for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatry research*, 200(2-3), 857-866. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.006
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., & Green, J. et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British journal of psychiatry*, 185(04), 291-297. doi: 10.1192/bjp.185.4.291
- Myers, N. L. (2010). Culture, Stress and Recovery from Schizophrenia: Lessons from the Field for Global Mental Health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(3), 500-528. doi: 10.1007/s11013-010-9186-7

- Møhl, B. & Simonsen, E. (2010). Med mennesket i centrum. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (1st ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag. grundbog.
- Nitzan, U., Bukobza, G., Aviram, S., Fennig, S., Lev-Ran, S., & Braw, Y. et al. (2013). Rebelliousness in patients suffering from schizophrenia-spectrum disorders—A possible predictor of attitudes towards medication. *Psychiatry research*, 209(3), 297-301. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.028
- Nordentoft, M. & Vandborg, S.K. (2017). Skizofreni. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2nd ed), Copenhagen, Hanz Reitzels forlag. grundbog.
- Nordentoft, M. (2009). Skizofreni og psykose - symptomer, forløb og prognose. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen and S. Kjær (Eds.), *Psykosser hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Nordentoft, M. (2009). Forebyggelse i forskellige faser i udviklingen af psykose. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen and S. Kjær (Eds.), *Psykosser hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Nordentoft, M. (2009). Hvordan opbygges et godt team?. In M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen and S. Kjær (Eds.), *Psykosser hos unge - symptomer, behandling og fremtid. Erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifondens forlag.
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., & Thorup, A. et al. (2015). From research to practice: How OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 156-162. doi: 10.1111/eip.12108
- Norheim, I. (2015). Psychoeducational multi-family groups (MFG) are recommended in the new national guidelines for the treatment of psychosis: What are the participants' subjective experiences?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(3), 198-206. (<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/03/psykoedukative-flerfamiliegrupper-anbefales-i-nye-nasjonale>)
- Olsen, K. A., & Rosenbaum, B. (2004). Intervention i præpsykotiske tilstande: En gennemgang af aktuel forskning og relaterede

problemstillinger. *Nordisk psykologi*, 56(3), 178-200. doi: 10.1080/00291463.2004.10637443

- Parnas, J. (2000). Skizofreni - sygdomsbegreb og -udvikling. In P. Jørgensen, T.K. Larsen & B. Rosenbaum (Eds.), *Tidlig indsats ved skizofreni - udvikling og behandling* (pp. 11-23). Copenhagen, FADL's forlag. ISBN 87-7749-295-1
- Parnas, J., Sass, L. A., & Zahavi, D. (2013). Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270-277. doi: 10.1093/schbul/sbs153
- Parnas, J. & Jansson, L. (2018). Psykopatologi og diagnose. *Ugeskrift for læger* 180(3).
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2
- Phillips, D. (2014). Antipsychiatry. In A. Scull (Ed.), *Cultural sociology of mental illness: An A-to-Z guide* (Vol. 1, pp. 35-36). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483346342.n15
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 73, 191-218. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.013
- Raballo, A., Sæbye, D., & Parnas, J. (2011). Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 344-351. doi: 10.1093/schbul/sbp056
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lajer, M., & Lindhardt, A. et al. (2012). Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. *Psychiatry*, 75(4), 331-341. doi: 10.1521/psyc.2012.75.4.331
- Rosenbaum, B. & Sonne, H. (1979). *"Der er et bånd der taler"*. København: Nordisk Forlag.
- Rosenbaum, B (2002). Psykoser. In M. Brørup, L. Hauge & U.L. Thomsen (Eds.). *Den nye psykologi håndbog (2nd ed.)*. København: Gyldendal Uddannelse. ISBN: 87-01-07342-7

- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
- Schmitt, A., & Falkai, P. (2015). Negative symptoms and therapy strategies in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(7), 541-542. doi: 10.1007/s00406-015-0637-6
- Shih, R. A., Belmonte, P. L., & Zandi, P. P. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *International Review of Psychiatry*, 16(4), 260-283. doi: 10.1080/09540260400014401
- Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., & Macpherson, R. et al. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): A multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503-514. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis, In J. A.
- Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed.). London: Sage.
- Snyder, S. H. (2008). A complex in psychosis. *Nature*, 452(7183), 38-9. doi: 10.1038/452038a
- Stein, C. H., Leith, J. E., Osborn, L. A., Greenberg, S., Petrowski, C. E., & Jesse, S. et al. (2015). Mental Health System Historians: Adults with Schizophrenia Describe Changes in Community Mental Health Care Over Time. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 33-48. doi: 10.1007/s11126-014-9325-3
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of Schizophrenia in 1911. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(2), 153-159. doi: 10.1023/A:1009919309015
- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., & Bartko, J. J. (1974). Part III. Speculations on the Processes That Underlie Schizophrenic Symptoms and Signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1(11), 61-69. doi: 10.1093/schbul/1.11.61
- Strauss, J. (2014). Reconceptualizing Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl 2), S97-S100. doi: 10.1093/schbul/sbt156

- Sundhedsstyrelsen (2015). *National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknudning*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen, Flachs, E.M., Eriksen, L., Koch, M.B., Ryd, J.T., Dibba, E., Skov-Ettrup, L., Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København:
- Sundheds- og ældreudvalget (2017). *Indblik i psykiatrien på tværs af regioner og kommuner. Analyse*. København: Sundheds- og ældreministeriet.
- United Nations. (2017). *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*.
- Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry, 15*(2), 118-24. doi: 10.1002/wps.20310
- Vasic, N., Segmiller, F., Rees, F., Jäger, M., Becker, T., & Ormanns, N. et al. (2018). Psychopharmacologic treatment of in-patients with schizophrenia: comparing forensic and general psychiatry. *The journal of forensic psychiatry & psychology, 29*(1), 1-15. doi: 10.1080/14789949.2017.1332773
- Walker, M.T. (2006). The Social Construction of Mental Illness and its Implications for the Recovery Model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 10* (1), 71-87
- Whitley, R. (2012). The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?. *Psychiatric Services, 63*(10), 1039-1041. doi: 10.1176/appi.ps.201100484
- World Health Organization, & World Health Organization Staff. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. (1992).
- Willig, C., Rogers, W. S., Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative Phenomenological Analysis. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology (Second Edition)* (pp. 193-209). SAGE Publications Ltd.
- Wimberley, T., Pedersen, C. B., MacCabe, J. H., Støvring, H., Astrup, A., & Sørensen, H. J. et al. (2016). Inverse association between urbanicity and

treatment resistance in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 174(1-3), 150-155. doi: 10.1016/j.schres.2016.03.021

Würtz, T., & Würtz. (2015). Patientinddragelse af psykotisk patient, som tvangsmedicineres under indlæggelse. *Klinisk sygepleje*, 56-69.

Zandersen, M., & Parnas, J. (2019). Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 106-113. doi: 10.1093/schbul/sbx183

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103. doi: 10.1037/0021-843X.86.2.103

Zuckerman, M. (1999). Vulnerability to psychopathology - A biosocial model. Washington, DC: American Psychological Association.