

Psykose

Ugeskrift for Læger udsendte sidste år et temanummer om depression. Dette blev fulgt af et ønske fra en del læsere om et temanummer om psykose, og vi har valgt at lade udgivelsen falde sammen med Dansk Psykiatrisk Selskabs 100-års-jubilæum. Dette ikke blot for at markere begivenheden, men også fordi jubilæet er en oplagt lejlighed til at gøre status over fremskridt i forståelsen og behandlingen af denne dominerende tilstand inden for psykiatrien.

På trods af utvivlsomme fremskridt i behandlingen er den psykotiske patient en ofte livsvarig udfordring for sundhedssystemet og samfundet. I en tid, hvor effektivitet, kræftpakker og hjertepakker dominerer den sundhedspolitiske dagsorden, finder vi det på sin plads med dette temanummer at bringe vore psykotiske medborgere in mente.

Redaktør Mads Ravnborg, Ugeskrift for Læger

Begrebet psykose

Professor Josef Parnas

Hvidovre Psykiatriske Center og
Københavns Universitet, Danmarks Grundforskningsfonds Center
for Subjektivitetsforskning

Vi vil foreløbig definere en psykose (sindssygdom) som en tilstand, der er præget af udtalt læderet opfattelse af virkeligheden. Artiklen adresserer, hvad der forstås ved denne lædering og ved *virkeligheden*. Betegnelsen »psykose« hører til en begrebsfamilie, der også omfatter »rationalitet«, »realitetsopfattelse« og »realitetstestning« m.m. Alle disse termer er primært teoretiske og ikke empiriske, og det er artiklens formål at afklare deres betydning.

Psykosebegrebet anvendes i daglig klinik pga. dets fundamentale *beskrivende* betydning med *behandlingsmæssige, etiske* og *juridiske* konsekvenser. I næsten alle samfund betragter lægmanden og specialisten den sindssyge som et irrationelt væsen, et *offer* for en abnorm tilstand (magi, besættelse af onde ånder, psykologiske konflikter, dysfunktioner i neurale netværk, osv.), der *ikke længere herre er over egne handlinger*. Den syge er ikke længere eksistentielt »fri« eller fuldt ud »ansvarlig« i etisk betydning. Begrebet psykose er idag *beskrivende* og *ikke ætiologisk*. Af pladshensyn afstår vi fra historiske og sociologiske betragtninger vedrørende stigmatisering og den snigende indflydelse fra institutionel ideologi og politisk korrekthed på psykiatrisk terminologi.

Ætiologisk set, er psykose en heterogen tilstand. Der er også meget betydelig variation i den kliniske fremtræden, hvori vi her vil forsøge at finde en fællesnævner.

Betegnelsen psykose findes kun diskret i *International Classification of Diseases 10* og *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV*; dens tilstedeværelse kræver mindst et af følgende symptomer: hallucinationer, vrangforestillinger, meget påfaldende adfærd og psykomotorik (f.eks. katatoni og stupor) samt uforståelig tale. *Men hvad psykosen egentlig er* – hvad det vil sige at lide af en psykotisk tilstand – er ufortalt i de operationelle diagnostiske manualer.

Virkelighed

Begrebet virkelighed bruges ofte kontrastivt, når der tales om psykose. Det *virkelige* er noget, der eksisterer uafhængigt af vores bevidsthedsakter, som f.eks. fantasien eller dagdrømmen. Den materielle verden betragtes ofte som en slags eksemplarisk virkelighed, med lighedstegn mellem virkeligheden og »det objektive univers« af fysikkens grundpartikler og kraftfelter. Imidlertid er sådanne definitioner er ikke tilstrækkelige til at beskrive menneskets former for virkelighed: tænk blot på at beskrive forløbet af »karikaturkrisen« ved hjælp af fysikkens elementærpartikler og kraftfelter [1]. Menneskets virkelighed er en kompleks størrelse med aspekter, hvis fremtræden og *relevans* medbestemmes af vores subjektivitet og symbolske, kulturelle og sociale dimensioner. Virkelighed viser sig altid *som meningsfuld* (indbydende, hindrende, sikker, truende, etc.) og ikke først som en neutral, rå og færdigforeliggende fysisk størrelse, som vi *efterfølgende* kan iklæde eller tilskrive et lag af mening. Selv i en simpel perception fremtræder objektet (f.eks. den bærbare pc, som jeg skriver denne tekst på) altid i en *figur-baggrund* konfiguration, der er *relateret* til andre objekter, som forgrener sig i et *netværk af meningshenvisninger*.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Disse associationers ultimative grænse er »verden« (Livs-verden), som her ikke skal forstås som en kæmpebeholder fyldt med objekter, men som en usynlig og tavs referenceramme, en slags underliggende garant for den mening, som vores eksistens artikulerer, en verden der er *bekendt, fortrolig, hverdagsagtig, tryk og social*.

Denne referenceramme gennemtrænger vores forhold til omverden. Den indeholder en *intersubjektiv* (mellemmenneskelig) dimension. Intersubjektivitet er således *indbygget* i vores subjektivitet og ledsager alle vores relationer til os selv, andre og til objekterne. Det personlige, unikke, subjektive syn på verden er altid socialt moduleret.

Realitetsbevidsthed, realitetstestning og realitetsopfattelse

Realitetsbevidsthed (realitetsoplevelse; »realitetssans«) er normalt en latent følelse af egen eksistens i en fælles eksisterende verden. Det er et *selv-nærvær som et nærvær i verden*. Realitetsbevidsthed er en *oplevelse*, som melder sig direkte, automatisk, implicit, uden opmærksomhed, og uden kognitive refleksive overvejelser. Realitetsbevidsthed er altså ikke en *tanke* eller en *formodning* om virkeligheden [2].

Den konkret foreliggende oplevelse af verdens realitetsfylde kan variere: I den ene ende har vi en tilstand af at være fuldstændig *engageret*, opslugt af eller absorberet i omverdenen, som f.eks. i et passioneret boldspil eller dans; i den anden ende, en distancerende, kontemplativ og hyperrefleksiv attitude, der med overdrevent brug kan fremkalde en uvirkelighedsfølelse. Realitetsbevidsthed kan forstyrres af en række abnorme perceptuelle, kognitive, emotionelle og kropslige oplevelsesforstyrrelser (se eksempler i [3]).

Realitetsbevidsthed er altså *ikke* baseret på en hypotetisk psykisk funktion, en såkaldt *realitetstestning*. Begrebet »realitetstestning« (defineret i kognitiv videnskab som evnen til at skelne forestilling fra perception) eller »realitetsmonitorering« (evnen til at skelne indre fra ydre stimuli) antyder, at vi løbende skulle »teste« (kontrollere) det, vi oplever, mod et sæt kriterier. Vi skulle løbende sammenligne vores perceptioner og forestillinger med hinanden og med en slags modelrepræsentation af virkeligheden. Men når jeg forestiller mig noget, »tester« jeg ikke min forestilling mod mine perceptioner. Min (selv)-bevidsthed om, *at jeg nu forestiller mig noget*, er præcist det element, der *gør min oplevelse til en forestilling*. Denne selvbevidsthed er simpelthen et definerende aspekt af, hvad det vil sige at forestille sig noget (eller at udføre en hvilken som helst bevidsthedsakt: tænke, erindre, percipere, elske, frygte, osv.).

Det er muligt, at »realitetstestning« og »realitetsmonitorering« findes som fysiologiske eller computationelle neurale processer, men *der findes ingen sådanne specifikke psykologiske funktioner i vores bevidsthed*. Fænomenologisk set eksisterer deslet og ret ikke.

Selvfølgelig *kan* vi forholde os til omverdenen på en eksPLICIT eller kritisk måde, danne os antagelser, reflektere og ud-

rykke domme (f.eks. »den lyd, jeg lige hørte, må have været indbildning«). Dette eksplicitte forhold til virkeligheden kan kaldes for en *realitetsopfattelse*. Den er ikke en følelse eller fornemmelse, men en kognitiv, begrebslig attitude. I denne indgår der *refleksioner*, forsøg på *selv-distance* (med en anlæggelse af andres perspektiver) og *realitetsdomme*. Når vi bliver usikre på realitetsstatus af det, vi oplever, mobiliserer vi ekstra ressourcer, (f.eks. yderligere perceptuel information: når vi træder ind i et meget mørkt rum, strækker vi armene og hænderne ud for at kunne *røre* ved eventuelle forhindringer), refleksion, perspektivskift, herunder metakognitive manøvrer (tænkning om egen tænkning), for eventuelt at korrigere vores umiddelbare, måske fejlagtige antagelser om virkeligheden (»indsigt« er således at betragte som en bestanddel af realitetsopfattelsen). Disse »rationelle evner«, der hører til vores realitetsopfattelse, er pr. definition svigtende eller væsentligt *utilstrækkelige* i en psykotisk tilstand, hvor vi tautologisk siger, at »patienten ikke har sygdomsindsigt«. Men det drejer sig om *almene* reflekterende og dømmende kognitive evner og processer og *ikke* om en modulært afgrænset bevidsthedsfunktion i form af den hypotetiske realitetstestning eller -monitorering.

Relationen mellem anomalier i realitetsbevidstheden og forstyrrelser i realitetsopfattelsen er hverken simpel eller lineær. Dog vil udtalte forstyrrelser i realitetsbevidsthed som regel *føre til svigtende realitetsopfattelse* [4]. F.eks. kan oplevelsen af, at ens tanker og forestillinger bliver upersonlige og anonyme, gradvis bane vejen for en vrangforestilling om tankeindsættelse udefra. Som et andet eksempel kan nævnes patienter med hørehallucinationer. Selvom disse patienter ofte betragter stemmerne som egne *oplevelser*, der er sygelige (eller »sygelige til en vis grad«), vil stemmerne lejlighedsvis opleves så påtrængende, at patienterne *agerer* på dem. De afslører således en paradoksalt dobbelthed i deres »indsigt« i stemmernes sygelighed. Realitetsopfattelsen er ikke homogen: Den samme patient betragter visse sygdomsaspekter som sygelige, mens han fastholder validiteten af andre af psyko-sens elementer.

Psyko

Det fænomenologiske *psyko*begreb (forrykthed, »madness«; »folie«) indikerer, at *personens rationalitet og realitetsopfattelse*, dvs. opfattelsen af sig selv, andre eller omverdenen er væsentlig forskudt (for-rykt) i forhold til det *kontekstuel* og *intersubjektivt* (socialt, normativt) *acceptable*. Patientens psyke forekommer os så at sige i udkanten af det empatisk indfølelige og forståelige. »Rationalitet« skal ikke kun forstås som evnen til fejlfri kognition eller logisk tænkning. Rationalitet omfatter også affektive, handlingsmæssige og etiske aspekter. Rationalitet er således ikke et rent kognitivt begreb, der kun handler om eksplicitte antagelser om verden, men et begreb der medinddrager vores attituder, handlinger, vaner og subjektive perspektiver, som verden opleves ud fra.

Inddragelsen af begreberne *person* og *kontekst* i definitio-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

nen gør, at psykosen bliver til et såkaldt »primitivt« begreb [5, 6], dvs. et begreb, det *ikke kan reduceres* til mere simple psykologiske størrelser og derfor *ikke kan operationaliseres*. Kort fortalt er det ikke muligt at definere psykose (eller vrangforestilling) på en formel, »operationel« måde, idet man altid kan mobilisere modeksempler, som falder uden for definitionen, men som ikke desto mindre betragtes af flertallet af psykiatere som klare eksempler på det psykotiske. Enhver formelt styret definition kan nemt dekonstrueres [7]. Psykosebegrebet er stærkt bundet til den konkrete situationelle sammenhæng, hvori det anvendes – nemlig den lægelige *psykiatriske* kontekst. Ordet *psykotisk* er her et »handy«, omend lidt forkert adjektiv til en beskrivelse af enkeltfænomener, f.eks. adfærd, symptomer, eller en global betegnelse for patientens mentale tilstand (strengt taget kan et symptom ikke være psykotisk; kun en *person* kan være psykotisk).

Den forskydning fra det intersubjektivt acceptable, der interesserer os her, kan vedrøre patientens aktuelle *tankeindhold*, dvs. hans eksplicite realitetsdomme (f.eks. en vrangforestilling at »det er CIA, der styrer denne psykiatriske afdeling«, influensfænomener eller hallucinationer), men den kan også vedrøre *implicitte brud i realitetsopfattelsen*, som vi kan for nemme i patientens *affektivitet* (f.eks. global depressiv skyldfølelse), forstyrret eller ejendommelig *adfærd* (f.eks. mutisme, stupor, pludselige mærkelige, uforståelige *handling*er), forstyrret *kommunikation* (inkohærent tale), eller et markant påfaldende og aparte *eksistensmønstre*. Med andre ord konstitueres *psykosebegrebet af forskellige dimensioner af menneskelig eksistens*, dimensioner, der *alle siger noget om patientens verdensforståelse og realitetsopfattelse*. Vi kan også sige, at psykosebegrebet indebærer, at patienten lever en privat (ikke intersubjektiv) eksistens, som dog ofte er grundigt sammenblandet med den fælles verden (for beskrivelser af denne paradoksale sammenblanding se [8-10]).

Vrangforestillingen er det mest tydelige og paradigmatiske eksempel på en psykotisk tilstand, men det er forkert at begrænse psykosebeteget *alene* til de patienter, der kan og vil udtrykke deres tanker og overbevisninger i klare sproglige udsagn, og som vi derefter kan klassificere som vrangforestillinger. Vi kender alle et journalnotat i stil med: »Patienten er vågen, ubevægelig, kigger op i loftet og svarer ikke på spørgsmål. Røber ingen vrangforestillinger. Apsykotisk«. Som det fremgår af ovenstående, er psykosebegrebet en betegnelse for privat realitetsopfattelse, der kommer til syne igennem forskellige psykologiske og eksistentielle dimensioner herunder især handling.

Det er vigtigt at fremhæve, at psykosebegrebet *ikke kan reduceres* til spørgsmålet om, hvad der er *empirisk sandt eller falsk* i patientens enkelte påstande. Følgelig kan en vrangforestilling heller ikke betragtes som *blot* en empirisk *fejltagelse* eller *fejltolkning* [9]. Fra den psykotiske patients tankeindhold og hans måde at argumentere på for nemmer vi, at *der er mere på spil*, at det ikke alene drejer sig om sandhedsstatus af hans

Faktaboks

Psykose er en psykiatrisk beskrivende betegnelse med en helt central psykopatologisk, juridisk og etisk betydning.

Psykose er ætiologisk heterogen, og der er betydelig klinisk variation.

Psykose er et prædikat, der kan tilskrives en *person*, hvis rationalitet og realitetsopfattelse ligger i udkanten af det socialt (normativt) forståelige og indlevelige.

Vurdering af psykosens tilstedeværelse er tillige kontekstafhængig.

Inddragelse af person og kontekst gør, at begrebet psykose ikke kan operationaliseres gennem simplere elementer.

Disse forhold forhindrer ikke en indlæring af tilfredsstillende reliabilitet

enkelte påstande, men at det handler om noget *mere*, noget mere *globalt* og fundamentalt, nemlig om *hans position i forhold til den fælles intersubjektive referenceramme*, hans perspektiv på sig selv, verden og andre mennesker. Når vi siger, at der er »mere på spil«, så mener vi hermed, at et psykotisk fænomen (tænkning, adfærd, attituder) netop opfattes som *psykotisk*, fordi patienten herigennem røber en personlig referenceramme, der forekommer markant løsrevet fra det intersubjektive (baggrundsantagelser, proportionssans, verdensbillede, logik, bevidsthedsstrukturer etc.). Vi konkluderer, at hans realitetsopfattelse er så markant anderledes, at vi betragter ham som psykotisk. Et eksempel kan anskue problemet:

Eksemplet finder sted i Finland (modificeret efter [4]). Eksemplet blev konstrueret *for* Ruslands invasion af Georgien, et forhold der yderligere illustrerer og fremhæver det kontekstuelle aspekt. En nyindlagt patient påstår, at Rusland vil invadere Finland i morgen. Den aktuelle geopolitiske situation taget i betragtning, kan vi umiddelbart klassificere denne påstand som en mulig vrangforestilling på grund af dens åbenlyse usandsynlighed (den er ikke sikkert *falsk*). Dog står sagen i et mere tvetydigt lys, hvis patienten er selve chefen for det finske efterretningsvæsen. Her vil en diagnostisk afgørelse kræve en nærmere undersøgelse. Hvis f.eks. patienten anfører, at han alene baserer sin formodning på, at han bemærkede usædvanlig stor opmærksomhed om egen person ved det sidste cocktailparty i den russiske ambassade, vil dette støtte vores formodning om en vrangforestilling.

Hvis patienten derimod siger at Rusland *har* invaderet Finland for tre år siden, men at ingen har opdaget det endnu, vil vi formentlig konkludere, at hans »invasionsbegreb« er privat, dvs. ikke svarer til den intersubjektive betydning (vi udelukker, at han spøger, er sarkastisk osv.). Vi vil derfor være tilbøjelige til at opfatte ham som lidende af psykose, fordi

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

hans begrebsmæssige *referenceramme* (og hermed rationalitet og realitetsopfattelse) er markant forskudt i forhold til det intersubjektive.

Afsluttende bemærkninger

Selvom psykose ikke kan defineres gennem operationelle tommelfingerregler, kan begrebet indlæres og anvendes med rimelig reliabilitet i klinikken. Denne indlæringsprocess kræver teoretisk viden, klinisk erfaring fra samvær med typiske patienter og faglige diskussioner om de patienter, der volder diagnostiske problemer. Denne indlæring adskiller sig ikke fra erhvervelsen af andre kliniske færdigheder. Det er vigtigt, at man altid underbygger en psykosediagnose med dens præmisser i en nøje beskrivelse af patientens tilstand.

Som vores gennemgang illustrerer, har psykopatologien, der er forankret i naturvidenskaber, ogs et indbygget og vedvarende behov for beskrivelser, overvejelser og begrebsanalyser med afstikkere til filosofi, en række andre humanistiske discipliner og til kognitive neurovidenskaber.

Denne interdisciplinaritet er ikke blot psykiatriens tilfældige aspekt, som kan vælges fra/til efter ønske. Den er fagets

grundvilkår og definerer dets egenart. Den er forhåbentligt ogs fagets attraktion i rekrutteringssammenhænge.

Korrespondance: *Josef Parnas*, Center for Subjektivitetsforskning, Njalsgade 142-144, DK-2300 København S. E-mail: jpa@hum.ku.dk

Antaget: 6. oktober 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kendler KS, Parnas J. Philosophical issues in psychiatry: explanation, Phenomenology, and Nosology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.
2. Ratcliffe M. Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality. Oxford: Oxford University Press, 2008.
3. Parnas J, Miller P, Kircher T et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
4. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29:427-44.
5. Heinimaa M. On the grammar of psychosis. *Med Health Care Philos* 2002;5:291-5.
6. Heinimaa M. Incomprehensibility: the role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions. *Med Health Care Philos* 2002;5:291-5.
7. Spitzer M. On defining delusions. *Comp Psychia* 1990;31:377-97.
8. Parnas J. Belief and pathology of self-awareness: a phenomenological contribution to the classification of delusions. *J Consciousness Studies* 2004;11:148-61.
9. Sass LA. The paradoxes of delusion. Ithaca: Cornell University Press, 1995.
10. Saks E. The center cannot hold. A memoir of my schizophrenia. London: Virago, 2007.

Faser i psykoselidelser

Professor Merete Nordentoft, cand.psych. Mette Bertelsen, cand.psych. Lone Petersen, afdelingslæge Pia Jeppesen & læge Anne Thorup

Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center

Forløbet af psykoselidelser inden for skizofrenispektret opdeles traditionelt i den præmorbid fase uden egentlige sygdomstegn, prodromalfasen, hvor uspecifikke, ikkepsykotiske symptomer tager til i sværhedsgrad, og den psykotiske fase, som følges af enten vedvarende remission, reciderende psykose eller et kronisk forløb. Longitudinelle undersøgelser har dog afsløret en række forhold, som vanskeliggør den tilsyneladende klare afgrænsning mellem den præmorbid fase og prodromalfasen og i visse tilfælde ogs mellem den præmorbid fase og psykosefasen.

Både den præmorbid fase og prodromalfasen er retrospektive begreber, som først kan identificeres, når psykosen er brudt ud. Hver af de præpsykotiske faser kan variere i varighed og symptomatologi, og forløbet forud for psykosens udbrud kan derfor være særdeles variabelt.

En del patienter har haft meget langvarige psykotiske symptomer forud for første behandlingskontakt. I OPUS-pro-

jektet (en randomiseret undersøgelse hvor specialiseret intensiv assertiv indsats sammenlignedes med standardbehandling for patienter med debuterende psykose) undersøgte vi varigheden af ubehandlet psykose ved brug af instrumentet *Interview for Retrospective Assessment of Onset of Psychosis* (IRAOS) [1] og fandt, at knap halvdelen af de 423 patienter, der indgik i undersøgelsen, havde haft aktive psykosesyntomer i mere end et år inden første behandlingskontakt [2]. Tretten procent havde en varighed af ubehandlet psykose på mere end fem år. Dette tyder på, at der er en del tilfælde, hvor børn og unge har psykosesyntomer i mange år før første behandlingskontakt. De fundne resultater er formentlig minimumsværdier, da en del patienter erfaringsmæssigt er tilbageholdende med at indrømme varighed og sværhedsgrad af de psykotiske symptomer ved de indledende samtaler. Ofte får man først efter et længevarende behandlingsforløb et klart billede af, hvor længe de psykotiske symptomer har stået på.

Resultater fra en longitudinel undersøgelse af en fødselskohorte fra Dunedin, New Zealand tyder på, at halvdelen af de børn, der senere udviklede skizofreniform lidelse allerede havde psykosesyntomer så tidligt som i 11-års alderen [3]. I denne undersøgelse blev 1.037 børn fulgt med gentagne interviews op til 26-års alderen, hvor de gennemgik et systematisk psykiatrisk diagnostisk interview (*Diagnostic Interview*