

Af Jens Einar Jansen, *psykolog, ph.d., specialist i psykoterapi, specialpsykologkandidat*, Agnes Ringer, *aut. psykolog, ph.d.*, Henrik Risdorf, *aut. psykolog, MPA* og Olga Runciman, *psykolog*

# Vi skal forstå psykoser på en ny måde

Psykoser er en af de lidelser, der fylder mest i psykiatrien, og har store personlige, økonomiske og samfundsmæssige omkostninger. Efter mange års investering i forskning og medicinsk ekspertise kan de traditionelle psykiatriske behandlingsmodeller dog stadig ikke påvise en god prognose, og tiltagende flere forskere, praktikere og brugerorganisationer begynder nu at sætte spørgsmålstegn ved den gængse forståelse af psykoser og skizofreni. Der er behov for andre forståelsesmodeller og teorirammer, og her har psykologer en afgørende rolle at spille.

Illustration af Susa Monteiro





“Skizofreni er en hjernesygdom, som i mange tilfælde grundlægges ved en fejludvikling i hjernen”

Citatet er hentet fra Sundhed.dk, e-portalen til det danske sundhedsvæsen<sup>1</sup>, men en lignende anskuelse genfindes i psykiatriske brochurer, populærvidenskabelige bøger og psykoedukationsmateriale. Selv i psykologiske kredse hører man ofte, at ”den skizofrene hjerne ser anderledes ud end hos normalbefolkningen”.

Selvom der er meget lidt videnskabeligt belæg for denne påstand, udgør den alligevel en kerneantagelse i moderne psykiatrisk praksis. Derfor er der behov for et nyt syn på psykoser. For psykoser kan, langt fra at være ”en hjernesygdom”, forstås på linje med andre psykologiske problemer.

Siden den moderne psykiatri blev grundlagt af Emil Kraepelin (1856-1926), har man antaget, at ”skizofrene” menneskers hjerner og biologi adskiller sig fra andres, og at skizofreni er en organisk betinget sygdom. Indtil Eugen Bleuler (1857-1939) i 1911 grundlagde diagnosen skizofreni, gik tilstanden under diagnosen *dementia præcox*, altså en tidligt indsættende demens; en kronisk lidelse med uundgåelig faldende funktionsniveau. Tilgangen har historisk set været at stoppe eller bremse den formodede uundgåelige progression med biologiske foranstaltninger – senest med farmakologisk behandling.

Denne forestilling har betydet, at såkaldte psykopatologiske fænomener er blevet udelukket fra den kliniske psykologis genstandsfelt. Den kliniske psykologis senere indtog i psykiatrien indebar, at man relativt ukritisk hentede begreber hos den kliniske psykiatri, som forklarer skizofreni som en biologisk funderet psykisk sygdom.

Der er dog flere og flere forskere, som kritiserer diagnosen for manglende empirisk validitet og for at have en stigmatiserende effekt på patienterne – og flere peger på, at den bør afskaffes.

De voksende kritiske diskussioner i international forskning er dog kun i meget lille omfang nået frem til den danske psykiatri. Her i landet ses tværtimod, at selv forskere, der ellers forholder sig kritisk til diagnoser, såsom Svend Brinkmann, undlader at forholde sig til skizofrenidiagnosen. Det er problematisk al den stund, at det videnskabelige og behandlingsmæssige grundlag for skizofreni ofte er tyndt og mangelfuldt.

Efter 50 års forskning er der stadig ikke fundet spor af biologiske eller neurokognitive markører, som kan forudsige specifik psykopatologi til trods for en massiv økonomisk, forskningsmæssig og politisk satsning. Alligevel har forskere de seneste 50 år konsekvent givet indtryk af, at vi er ”lige på trapperne” til at finde de gener eller områder i hjernen, der kan forklare skizofreni.

Da forskere i 1960’erne opdagede, hvordan ‘antipsykotika’ og ‘antidepressiva’ virkede på hjernen, opstod hypotesen om, at psykiske lidelser skyldes en ‘kemisk ubalance’ i neurotransmissionen. Efter nogle år med intens forskning er

hypotesen stort set blevet lagt død i forskningsmiljøer, da ingen studier med overbevisning kunne finde, at mennesker med skizofreni har højere niveau af dopamin eller flere dopaminreceptorer. Alligevel er ideen om 'kemisk ubalance' en hjørnesten både i psykoedukation, markedsføringen af psykofarmaka og noget, brugere af psykiatrien ofte bliver præsenteret for, når de får tilbudt medicin.

Går man den moderne psykiater på klingen, er der få, der faktisk tror på denne model, men som indrømmer at bruge den som en "nem forklaringsmodel". Når vi fremhæve dette, er det ikke fordi, vi tænker, at biologi ikke er af betydning – biologi er involveret i alle aspekter af tænkning, følelsesliv og adfærd. Men der sker konstant forandring i vores neurotransmittersystem som resultat af det miljø, vi færdes i, og gennem vores handlinger.

Det er heller ikke vores mission at underminere al brug af medicin. Mange oplever, at psykofarmaka bidrager til at reducere ubehagelige oplevelser forbundet med psykose. Men forklaringsmodellerne for deres virkning må opdateres i den kliniske praksis, da de er misvisende. Nyere forskning viser også, at under 30 procent responderer med klinisk signifikant forbedring på medicin, og at der generelt er langt mindre effektstørrelser samt større forskningsmæssig *bias* end tidligere antaget.

Medicin bliver ofte præsenteret som at have en 'neuroprotektiv' effekt: den forhindrer hjerne-skade, da psykose er "giftig" for hjernen, men det er der ikke belæg for. Nyere forskning peger tværtimod på, at langvarigt brug af psykofarmaka kan *skabe* en kemisk ubalance ved bl.a. sensitivering af dopaminreceptorerne og medfører betydelige bivirkninger og risici.

Derudover peger flere studier, herunder danske fra OPUS, på, at patienter, der er i stabil behandling med antipsykotika, har mindre sandsynlighed for at komme sig i det lange løb end patienter, som modtager "sporadisk" eller ingen medicin. Den britiske psykiater Joanna Moncrieff argumenterer derfor for en 'drug-centered', i stedet for 'disease-centered' tilgang til medicin: psykiatriske medikamenter påvirker hjernen bredt på linje med ikke-psykiatriske medikamenter (fx alkohol, kokain, cannabis) og skaber en forandret fysisk og mental tilstand. Den terapeutiske effekt er en konsekvens af at være i en forandret mental tilstand, som for nogen kan gøre symptomer og sociale situationer mere udhold-



Illustration af Susa Monteiro



elige. Men dette er ikke fordi, de kurerer eller korrigerer biologiske abnormaliteter eller dysfunktioner. Denne tilgang kan give brugerne mere kontrol over beslutningerne og større mulighed for at vurdere terapeutisk effekt med udgangspunkt i personlige værdier, mål og behov.

Problemet med en overdreven tro på de bio-medicinske forklaringsmodeller er, at man overser og underminerer mere kontekstuelle forklaringer på udviklingen af psykose og 'skizofreni' såsom svære livsomstændigheder og psykosociale belastninger i livet. For eksempel viser en meta-analyse fra 2014, at folk, der har oplevet traumatiske begivenheder i barndommen, har næsten tre gange så stor sandsynlighed for at udvikle psykoser senere i livet. Det er også velunderbygget, at social marginalisering, fattigdom og en immigrantstatus øger sandsynligheden for at få en psykotisk lidelse. Dermed er psykoser mindst lige så stærkt relaterede til traumer og social udsathed som andre former for psykiske problemer. Det er på den baggrund nedslående, at mange mennesker i psykiatrien ikke bliver spurgt om traumatiske hændelser og alt for sjældent får mulighed for at bearbejde disse.

Mange klinikere og interesseorganisationer har også, i bedste mening og i et forsøg på at reducere oplevelsen af skyld og stigmatisering, taget den biomedicinske forståelse af psykose til sig, med slogans som "psykiske sygdomme er sygdomme på linje med fysiske". For mange pårørende og psykiatribrugere kan dette umiddelbart have en positiv effekt. Men i befolkningen og blandt de professionelle lader disse kampagner til at have den modsatte effekt, hvilket en række meta-analyser viser. Den gængse accept af en bio-medicinsk forklaring synes nemlig at være forbundet med større social afstandtagen til mennesker med psykoselidelser; det forstærker antagelserne om, at psykotiske lidelser er kroniske, og at patienterne er uforudsigelige og farlige.

I dag er der stadig flere strømninger, som sætter spørgsmålstegn ved den nuværende forståelsesramme, herunder den såkaldte 'kritiske psykiatri', 'post-psykiatri' og brugerorganisationer som Stemmehørernetværket.

I Danmark hører vi ikke meget til disse diskussioner, men den britiske psykologforening har taget den nye viden til sig i en nytænkende rapport, *Understanding Psychosis and Schizophrenia*, der burde inspirere Dansk Psykolog Forening. En central stillingtagen er, at symptomer forbundet med psykose, fx det at høre stemmer eller opleve

sig forfulgt, kan forstås psykologisk og ses som værende i en ydre ende på et kontinuum af normale oplevelser. Det understreges derfor, at det at kalde det "psykisk sygdom" eller "skizofreni" er én måde at forstå det på af mange mulige, og at det kan have fordele og ulemper.

Vi vil opfordre de psykiatriske faggrupper i Danmark til at tage del i disse udviklinger og forholde sig mere kritisk og reflektivt til de antagelser, som den traditionelle psykiatri bygger på. I dag er der mange psykologer, som kan få en berøringsangst over for klienter, der lider af psykoser, og tro, at almindelige psykologiske teorier ikke kan bruges. Men undersøgelser peger på, at man sagtens kan arbejde psykoterapeutisk med mennesker med psykotiske oplevelser. Alle burde derfor få mulighed for at tale detaljeret om deres oplevelser, få hjælp til at forstå, hvad der har været med til at udløse og vedligeholde dem, samt hvordan man kan mestre dem. Den mest betydningsfulde hjælp er også ofte venner, familie og lokalsamfund, hvilket tit er overset på bekostning af 'behandling' givet af professionelle. Systematisk familiearbejde og Åben Dialog er nogle af de psykosociale interventioner med stærkest forskningsmæssigt belæg, med effektstørrelser på linje med medikamentel behandling. Desværre er der stadig et fåtal der får tilbudt disse behandlingsformer.

Som psykologer har vi en vigtig opgave i at sørge for at åbne op for, at skizofreni kan forstås på mange måder, og at der er sparsomt belæg for at kalde det en hjernesygdom. Vi vil derfor opfordre danske psykologer til at følge deres britiske kolleger: At orientere sig mere inden for nyere kritisk forskning, danne samarbejdsalliancer med brugerbevægelsen og dermed bidrage til at udvikle en reel og reflekteret psykologisk forståelse af psykoser. ●

<sup>1</sup>[www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/skizofreni/skizofreni-aarsager](http://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/skizofreni/skizofreni-aarsager)