

Kombinert behandling med støttepreget samtaleterapi, antipsykotisk medikasjon og informasjon til familien virker best ved psykoser

## Kan vi forstå psykoser?

Å behandle pasienter med schizofreni er vanskelig og utfordrende. Det at vi vet så lite om årsakene til tilstanden, kan skape grobunn for frustrasjon og for spekulative og uvitenskapelige teorier (1), og det er flere eksempler på dette. Mennesker som har lidd av schizofreni, er blitt isolert over lang tid i store institusjoner. Til og med kirurgisk behandling (lobotomi) har vært forsøkt. Pasienter er blitt overbehandlet med medikamenter med betydelige bivirkninger. I perioder har man ment at schizofreni skyldes patologisk kommunikasjon i familien, særlig fra mor, i de senere år har en overgripende far vært relansert som en mulig årsak. Noen hevder at psykotiske symptomer kan være et forståelig uttrykk for grusomme opplevelser, og i noen tilfeller går man så langt som å avdekke/konstruere påståtte glemte minner ved hjelp av suggestible teknikker som hypnose (2). Felles for disse teoriene er at de har et svakt vitenskapelig grunnlag, og at tilhengerne ofte er lite villige til å foreta empiriske studier som kan avkrefte eller styrke teorien.

Det er viktig å skille mellom ulike epistemologiske nivåer ved behandling av schizofreni: årsaksforklaring, diagnostisering, behandling og forståelse (3). Når det gjelder årsaksforklaringer, vet vi en del. Genetiske faktorer er viktige, det samme er problematiske oppvekstvilkår. Endringer i hjernens funksjon er knyttet til utvidede ventrikler og kortikale furer og redusert tykkelse av hjernebarken (4), men i en klinisk diagnostisk sammenheng kan ikke påvisning av nevrobiologiske forandringer brukes til å bekrefte diagnosen. I det enkelte tilfellet kjenner vi rett og slett ikke årsaken til sykdommen.

Diagnosesystemene streber etter ateoretisk beskrivelse. Noe slikt finnes selvsagt ikke, for enhver beskrivelse er selektiv og tuftet på ideer om hva som er viktig og meningsbærende. Likevel kan diagnosesystemene hjelpe oss til å foreta beskrivelser som er rimelig reliable og som avgrenser tilstander fra hverandre. En operasjonalisering av diagnosene klargjør hva vi mener med begrepene. En diagnose har sin berettigelse på minst to plan. For det første må den være et gode for pasienten ved at den skaper et grunnlag for behandling som er bekreftet å være effektiv i vitenskapelige studier. For det andre danner den grunnlag for forskning, som i den ytterste konsekvens kan føre til at man finner underliggende årsaker. Selv om diagnosen representerer ekspertens ståsted, gir den samtidig pasienten behandlingsrelaterte, økonomiske og sosiale rettigheter.

På det tredje nivået, behandlingen, er minst tre tilnærminger til psykoser effektive: medikamentell behandling, støtteorientert psykoterapi og familiearbeid (5). Det fjerde nivået, forståelsen, dreier seg om subjektiv forståelse og mestring. Dette er en prosess som starter hos pasienten lenge før vedkommende møter behandlingssystemet. Studier viser at de fleste med schizofreni har hatt subtile symptomer på psykose og forstyrrelser i jegoppfattelsen i lang tid før vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser blir manifeste. Forståelsesprosessen er viktig i psykoterapeutiske behandlingsløp og kan dukke opp som tema i psykoedukative familiegrupper. Har de psykotiske symptomene noen mening? Er det uforståelige egentlig uttrykk for noe allment? Kan pasienten mestre symptomene bedre om de knyttes opp mot meningsbærende elementer? Hos dem som ikke responderer på behandlingen, vil

dette mestrings- og forståelsesaspektet være sentralt i rehabiliteringsprosessen, og ved en psykologisk tilnærming vil dette ofte stå i fokus. Forståelsesmodeller er ikke nødvendigvis noe man kan etterprøve vitenskapelig og er mer knyttet til ideer om mestring enn til grunnleggende sannheter. Det er liten tvil om at dyktige psykoterapeuter kan være til stor hjelp for mennesker med langvarig psykose. Imidlertid må slik behandling være tilpasset pasientens ønsker og evne. Intensiv psykoterapi kan være skadelig for enkelte.

Terje Neraal beskriver i dette nummer av Tidsskriftet hvordan en 18 år gammel gutt med symptomer på psykose ble vellykket behandlet med familierapi uten bruk av antipsykotiske midler (6). Det er uklart hva pasienten led av – var det en depresjon med psykose eller schizofreni? Behandlingsmetoden som ble benyttet, er ikke dokumentert effektiv i vitenskapelige studier. Ifølge forfatteren nektet både pasienten og familien å ta imot medikamentell behandling, og pasienten fikk derfor systemisk familiebehandling poliklinisk. Han var mer eller mindre psykotisk i fire år, og det virker da svært urimelig at ikke andre behandlingstiltak ble satt i verk. Hvor raskt kunne han ha blitt frisk med annen behandling? Hva om han ikke hadde respondert så godt? Hvor lenge burde man sett på symptomene som uttrykk for normale reaksjoner på problematiske familieforhold? Kunne familiens problemer være en følge av sønnens psykose? Har terapeuten andre pasienter som heller ikke er motivert for medikamentell behandling? Hvordan går det i så fall med dem? Spørsmålene er mange og ubesvarte.

Behandlingsmetoden som Neraal beskriver, oppfyller ikke vitenskapelige kriterier, tolkingene virker enkle, og det er lite sannsynlig at like god effekt kan forventes hos andre pasienter. Metoden bør undersøkes vitenskapelig og sammenliknes med den behandling vi vet er virksom: Antipsykotisk medikasjon og støttepreget samtaleterapi kombinert med informasjon og hjelp til familien. Kun unntaksvis vil det være adekvat å bruke denne metoden ved førsteangstpsykose.

**Tor K. Larsen**  
tklarsen@online.no

*Tor K. Larsen (f. 1960) er spesialist i psykiatri og dr.med. Han er førsteamanuensis II ved Universitetet i Bergen, forsker ved Universitetet i Oslo og overlege ved Psykiatrisk klinikk, Sentralsjukehuset i Rogaland.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Torgalsbøen AK. Helbredelsestrangen ved schizofreni: kan den kureres? Tidsskr Nor Psykologforen 2001; 38: 619–28.
2. Boe T, Haslerud J, Knudsen H. Multipel personlighetsforstyrrelse – et fenomen også i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3230–2.
3. Larsen TK, Bechdolf A, Birchwood M. The concept of schizophrenia and phase-specific treatment: cognitive-behavioral treatment in pre-psychosis and in non-responders. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2003; 31: 209–28.
4. Lingjærde O. Nevrobiologiske funn ved schizofreni. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2123–7.
5. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2003; 31: 141–54.
6. Neraal T. Den psykotiske krisen – utvikling i en familierapeutisk ramme. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1406–7.