



Det helsevitenskapelige fakultet – Institutt for Psykologi

Tenkningens form og innhold i det Schizofrene spektrum

- En empirisk studie av relasjonen mellom de bisarre vrangforestillinger og formelle tankeforstyrrelser

The form and content of thinking in the Schizophrenic spectrum

- An empirical study of the relationship between the bizarre delusions and formal thought disorders

Anders Evenrud & Rakel Kvalnes

Veileder: Erling Inge Kvig, Nordlandssykehuset HF

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol. (PSY-2901)

Høsten 2021, Tromsø

Forord

Våren 2021 var vi så heldig som fikk kontakt med psykologspesialist Erling Inge Kvig ved Nordlandssykehuset etter at han hadde stilt seg disponibel for å være veileder til hovedoppgaven til studenter på profesjonsstudiet i psykologi ved UiT. Han introduserte, det for oss ukjente begrepet «selvforstyrrelser» og fortalte hvordan de skulle undersøke sammenhengen mellom dette fenomenet og andre symptomer hos pasienter med schizofrenispektrum lidelse. Dette fanget straks vår interesse og vi kunne få tilgang på data fra en pilotstudie som hadde inngått i et større prosjekt ved Nordlandssykehuset, som vi kunne bruke for å undersøke våre egne hypoteser.

Etter et litteratursøk formulerte vi flere mulige hypoteser og kom i samråd med Erling frem til at vi ville undersøke om det var en sammenheng mellom bisarre vrangforestillinger og formelle tankeforstyrrelser. Erling oppfordret oss videre til å undersøke dette i lys av teoriene om selvforstyrrelser og de empiriske funnene som er gjort de siste årene.

Dette førte oss inn på en lang reise inn i den fenomenologisk baserte litteraturen for å finne ut av hva som menes med begrepet «selvforstyrrelser» og hvordan det er antatt å tegne et bilde av sammenhenger i det svært varierte symptombildet i Schizofrenispektrum lidelse. Det kan ikke stikkes under en stol at det har vært krevende å sette seg inn i den relativt omfattende mengden med filosofiske, teoretiske og empiriske beretningen om de antatte fenomenologiske nyansene i det indre livet til pasienter med denne type lidelser. Vi er likevel svært takknemlig for at vi, takket være Erling, har fått innsikt i denne måten å forstå schizofrenispektrumet på. Vi ville neppe hatt omfanget av forståelse for denne tenkemåten eller lest en tilsvarende mengde av slik litteratur om vi hadde forlatt profesjonsstudiet uten denne muligheten. Vi vil derfor takke Erling for å ha veiledet oss inn på denne reisen, gitt oss råd i formuleringen av hypotesen, for å bistått oss i teoretiske diskusjoner og rettet våre frekvente skrivefeil når vi har brukt navnene Kraepelin, Jaspers og Bleuler.

Abstrakt

Schizofreni spektrum lidelsene har en høy personlig og samfunnsmessig kostnad. Forskning på disse lidelsene har dessverre ført til det mange i feltet omtaler som begrenset og mange av måloppnåelsene i nevrologisk, biologisk og klinisk forskning har ikke blitt oppfylt.

Fenomenologisk psykopatologi er en retning som har blitt re-aktualisert i kjølvannet av debatten om årsaken til denne stagnasjonen. Dette har resultert i etableringen av begrepet «selvforstyrrelser» som teoretisk og empirisk har blitt koblet til schizofreni spektrumet spesifikt. Vi redegjør for begrepet selvforstyrrelser for å gi et innblikk i dette forskningsfeltet og for å vise hvordan deler av fagfeltet ser en sammenheng innad i spektrumet. I

fenomenologisk psykopatologi bruker man gjerne begrepet «innhold» når man snakker om de positive symptomene som vrangforestillinger og «form» for å beskrive hvordan symptomer manifesterer seg i bevisstheten. Begrepene formelle tankeforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger kan tolkes som forskjellige måter å operasjonalisere det fenomenologiske beskrevne konseptet om «form» og «innhold» i spektrumet. Hypotesen var at det ville være flere formelle tankeforstyrrelser hos pasienter med bisarre vrangforestillinger enn de uten. Vi fant delvis støtte for vår hypotese og diskuterer hvordan dette kan forstås i lys av teori, begrensinger og hvordan dette kan undersøkes nærmere i videre forskning

Nøkkelord: schizofreni spektrum lidelse, selvforstyrrelser, formelle tankeforstyrrelser,

bisarre vrangforestillinger, fenomenologisk psykopatologi

Form og innhold i Schizofreni spektrum lidelse

Psykiske lidelser innenfor det såkalte schizofrene spektrum har enorme konsekvenser for individene som er rammet og markant negativ innvirkning i form av subjektive plager og redusert livskvalitet (Cohen & Davis, 2009; Dong et al., 2019; Saarni et al., 2010). Ikke bare har det alvorlig innvirkning på livene til individene med lidelsen og deres pårørende, men det er også estimert at schizofrenilidelse alene står for mer enn 1 % av bruttonasjonalprodukt i vestlige land, og koster samfunnet mer enn alle kreftformer til sammen (Johannessen, 2002). Dette er med andre ord en lidelse som også har en høy samfunnsmessig kostnad. Siden Emil Kraepelin samlet syndromene hebefreni, katatoni og paranoides i sin formulering av *dementia praecox* har schizofrenispektrumet vært viet stor empirisk og teoretisk oppmerksomhet (Jablensky, 2010; Wong & Van Tol, 2003).

På tross av omfattende arbeid for å etablere biomarkører til lidelsene, finne nevrologiske korrelater, kartlegge de genetiske underliggende faktorene og finne behandling for lidelsen så har resultatene blitt beskrevet som begrenset (Andreasen, 2007; Borda & Sass, 2015; Carpenter, 2013; Kvig & Nilssen, 2014; Wong & Van Tol, 2003). Flere kritikere har tatt til orde for at de operasjonelle kriteriene som forskning har basert seg på, har vært for snever og ikke fanger opp fenomenet på en tilfredsstillende måte (Andreasen, 2007; Kendler, 2016; Kvig & Nilssen, 2014). I kjølvannet av debatten har det vært en re-aktualisering av ideer fra den franske og tyske fenomenologiske tradisjonen som i utgangspunktet brakte frem det schizofrene fenomen for analyse (Borda & Sass, 2015; Cermolacce et al., 2010; Kvig & Nilssen, 2014; Nordgaard et al., 2021b; Sass & Borda, 2015; Sass & Parnas, 2003)

Denne fenomenologiske tilnærmingen har ført til etableringen av begrepet «selvforstyrrelser» som sentralt innenfor feltet og har resultert i den teoretiske modellen «Ipseity Disturbance Hypothesis» (Sass & Parnas, 2003) og det semi-strukturerte kliniske intervjuet «The Examination of Anomalous Self-Experience (EASE)» ment for fange opp

«selvforstyrrelser» i klinisk praksis og i klinisk forskning (Kvig & Nilssen, 2014; Parnas et al., 2005). EASE-intervjuet ble konstruert med bakgrunn i rundt 200 dybdeintervjuer som i utgangspunktet var ment å utforske andre aspekter ved schizofrenispektrumet og påfølgende studier som fant et gjentakende mønster av opplevde forstyrrelser i å ha et opplevd «selv» (Nordgaard et al., 2021b; Parnas et al., 2005).

Dette har senere resultert i akkumulering av empiriske data som indikerer at fenomenet «selv-forstyrrelser» kanskje er en sentral «kjerne» som er delt av hele spektrumet (Henriksen et al., 2021; Nordgaard et al., 2021b; Raballo et al., 2021).

Disse funnene kommer blant annet fram i en systematisk oversikt av Henriksen et al. (2021) som viser at selvforstyrrelser er et fenomen som aggregerer i avvikende høy grad i schizofrenispektrum lidelsene sammenlignet med de med bipolar lidelse, angstlidelser, tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser, autismespektrum lidelse, risikogrupper for psykose og i friske kontroll. I en metaanalyse, som også inkluderte andre mål på selvforstyrrelser enn EASE, fant Raballo et al. (2021) det samme. De fant også at grad av selvforstyrrelser var likeverdig mellom pasienter med schizofrenilidelse, schizotyp lidelse og pasienter med førstegangpsykose (Raballo et al., 2021).

Samtidig som fenomenet mulig har differensialdiagnostiske kvaliteter er det også indikasjoner på at det er tidsmessig stabilt ($r = .48 - .65$) i tidsperioder på 5 til 7,5 år og har også vist seg å ha en prediktiv verdi for å få diagnosen i tidsperioder på 1,5 til 7,5 år (Henriksen et al., 2021; Nordgaard et al., 2021b; Raballo et al., 2021). Nyten av begrepet selvforstyrrelser er altså i økende grad empirisk demonstrert, med indikasjoner både for klinisk arbeid og klinisk forskning, og kan ikke anskues å bare være et gammelt unyttig konsept fra en svunnen tid i psykiatriens historie (Nordgaard et al., 2021b).

Med tanke på at feltet er i utvikling tenker vi det vil være hensiktsmessig å definere og redegjøre for hva som menes med begrepet «selvforstyrrelser» og hva slags teori som kan

underbygge fenomenet. Vi vil derfor lage en kortfattet innføring i det fenomenologiske perspektivet og ta for oss en av de mest sentrale teoriene om selvforstyrrelser. Det er viktig å understreke at fenomenologisk tenkning og teori, som poengtert av Sass et al. (2011), er ment som et supplement til empirisk operasjonell undersøkelse og at teoriene om selvforstyrrelser, som diskutert her, er ment for å gi en «subjektiv»-dimensjon til fenomener som er under empirisk undersøkelse av for eksempel kognitiv nevrovitenskap (Sass et al., 2011).

I fenomenologisk psykopatologi har man i klassisk litteratur snakket om viktigheten av «form» når man skal forstå psykosetilstanden i schizofrenispektrumet. Vi ønsket derfor, i lys av denne teoretiske utviklingen, å se på to fenomener som gjerne er forklart operasjonelt ut ifra «form» og «innhold». Den første av disse er formelle tankeforstyrrelser som omhandler tankens og språkets «form» (Roche et al., 2015). «Form» i denne sammenheng referer til forstyrrelser i tanken og det språklige uttrykket (Roche et al., 2015). Eksempelvis inkluderer dette problemer med å produsere tale eller uttrykke meningsfulle setninger, og i klinikk fanges dette opp ved å vurdere pasientens ytringsform (Andreasen, 2008).

Når man snakker om «innhold» i schizofrenispektrumet har man tradisjonelt snakket om positive symptomer som vrangforestillinger og auditive hallusinasjoner (Bentham et al., 1996; Roche et al., 2015). Vrangforestillinger har gjerne blitt klassifisert og brukt diagnostisk ut ifra «innholdet» (Cermolacce et al., 2010; Kvig & Nilssen, 2014). Vrangforestillinger blir for eksempel kategorisert ut ifra innhold i DSM-5 med kategorier som for eksempel «bisarr» og «grandios» (Dahl, 2017, s. 71; Malt, 2021). Den kanskje mest karakteristiske vrangforestillingen i schizofrenispektrumet er den «bizarre vrangforestilling» og dens «uforståelige» innhold (Cermolacce et al., 2010; Gilman, 1983; Sass & Byrom, 2015). Den operasjonaliserte definisjonen av dette fenomenet har for øvrig blitt kritisert de siste tiårene og mistet noe av sin diagnostiske signifikans (Cermolacce et al., 2010; Goldman et al., 1992; Heinimaa, 2002; Sass & Byrom, 2015; Shinn et al., 2013). En kritikk til operasjonelle

definisjoner av den bisarre vrangforestilling i schizofrenispektrumet er at den ensidig har handlet om «innholdet» (Kvig & Nilssen, 2014; Sass & Byrom, 2015).

I klassisk fenomenologisk psykopatologi ble vrangforestillinger ikke bare definert ut ifra deres innhold, men ut ifra hvilken «form» de tar i bevisstheten (Kvig & Nilssen, 2014; Sass & Byrom, 2015). Det er argumentert for, i den fenomenologisk orienterte litteraturen, at vi burde se til Karl Jaspers idé om den primære/sekundære vrangforestilling (Kvig & Nilssen, 2014). Det er også etterlyst at man burde forsøke å forstå den bisarre vrangforestillingen ut fra teorien om selvforstyrrelser før man avskriver den helt (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015). Med andre ord er det antydning en fenomenologisk sammenheng mellom den schizofrene bevisstheten og det innholdet man klassifiserer som «bisarre vrangforestillinger» (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015).

Etter vår innføring i det fenomenologiske perspektivet vil vi føre formelle tankeforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger sammen ved å redegjør for fenomenene, og se hvordan teorien om selvforstyrrelser er forsøkt anvendt på dem. Vi vil så i slutten av innføringen forsøke å koble sammen «form» og «innhold» ved å redegjør for vår hypotese om en sammenheng mellom disse. Før dette vil vi starte vår innføring med en gjennomgang av schizofrenispektrumet med vekt på schizofrenilidelse og schizotyp lidelse.

Schizofrenispektrum lidelser

Schizofrenispektrum lidelser er en fellesbetegnelse på schizofreni og de fenomenologisk og etiologisk lignende lidelsene schizoaffektiv lidelse og schizotyp lidelse (Lichtermann et al., 2000; Moller, 2005). Begrepet schizofreni ble, som nevnt innledningsvis, introdusert av den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler, først ved et foredrag for den tyske psykiatreforeningen i 1908 og senere i hans monograf fra 1911 «Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien», som et substitutt for Emil Kraepelins begrep dementia praecox (Fusar-Poli & Politi, 2008; Kring & Smith, 2021).

Den kanskje mest omtalte av lidelsene, schizofrenilidelse, beskrives ofte i dag som en psykoselidelse og er per definisjon et syndrom, altså en gruppe av tegn og symptomer, og ikke en avgrenset homogen lidelse (Malt & Røssberg, 2020). Lidelsen kjennetegnes generelt sett av forstyrrelser i affekt, persepsjon, tenkning og språk, som i sin tur påvirker individets oppfattelse av seg selv og omverdenen (World Health Organization, 2019).

De øvrige lidelsene i schizofrenispektrumet har noen likhetstrekk med schizofreni. Ved schizoaffektiv lidelse er det fremtredende schizofrenisymptomer (slik som vrangforestillinger og hallusinasjoner), i tillegg til en fremtredende affektiv komponent, dvs. en manisk og/eller depressiv episode, i en og samme sykdomsperiode, enten simultant eller med få dagers mellomrom (World Health Organization, 2019).

Ved schizotyp lidelse foreligger det tegn på forstyrrelser i personlighets organisering samt mange av de samme symptomene som sees ved schizofreni, men de psykotiske symptomene er av mindre alvorlig karakter (nærpsykotiske symptomer) (Malt, 2020; World Health Organization, 2019). Denne lidelsen finner man gjerne en opphopning av i slekten til individer med schizofreni, og noen individer med schizotyp lidelse vil senere utvikle schizofreni (World Health Organization, 2019).

Schizofreni og schizotyp lidelse debuterer vanligvis i ungdomsårene eller i tidlig voksen alder, og debutalder for schizofreni er ofte noe lavere hos menn enn hos kvinner (Kirchner et al., 2018; Norsk Helseinformatikk, 2021). Lidelsene rammer ofte flere menn enn kvinner (Ochoa et al., 2012; Pulay et al., 2009). Schizofreni har en forekomst på 3-5 pr. 1000 innbygger i Norge, og en livstidsrisiko på mellom 0,3-2 % (Norsk Helseinformatikk, 2021). Prevalensestimater for schizotyp lidelse varierer, fra 0,6 % i et norsk utvalg til 4,6 % i et amerikansk utvalg (Kirchner et al., 2018). Forløp og prognose ved schizofrenilidelse varierer fra individ til individ. For de fleste vil forløpet være vekslende mellom akutte alvorlige episoder og episoder med mindre alvorlige symptomer (Kring & Smith, 2021, s. 319), mens

andre opplever full remisjon etter én episode (World Health Organization, 2019). Forløpet har en tendens til å være noe mer alvorlig hos menn enn hos kvinner (McGrath et al., 2008).

Schizotyp lidelse anses som en livsvarig lidelse med et ofte mer stabilt forløp enn schizofreni (Raine, 2006).

Personer med schizofrenidiagnose har to-trefoldig risiko for å dø sammenliknet med den generelle befolkningen (McGrath et al., 2008). Denne forskjellen i dødelighet ser ikke ut til å kunne forklare av selvmord alene, men skyldes også at personer med schizofreni har økt risiko for sykdom og død generelt sett (Brown, 1997; McGrath et al., 2008).

Årsaken til at noen mennesker utvikler schizofreni og schizotyp lidelse er til nå ukjent, men en rekke faktorer som øker risiko for å utvikle disse lidelsene har blitt studert og identifisert. Av disse ser genetikk ut til å være en viktig faktor, da man har sett økt risiko for å utvikle schizofreni hos individer med en familiær historie av schizofreni (Malt & Røssberg, 2020). Dette understøttes også av funn fra adopsjons- og tvillingstudier som estimerer en heritabilitet for schizofreni på 0,7-0,8 (Johannessen, 2002; Malt & Røssberg, 2020). Av miljømessige risikofaktorer har blant annet migrasjon, urbanisering, vinterfødsler og svangerskaps- og fødselskomplikasjoner blitt identifisert (Johannessen, 2002; Malt & Røssberg, 2020). I tillegg har man funnet at mishandling og omsorgssvikt i barndommen er assosiert med økt risiko for å utvikle schizotyp lidelse, noe man ikke har funnet for schizofreni (Raine, 2006).

Symptombildet til schizofrenilidelse

Fra et statistisk standpunkt er et av de mest vanlige funnene ved faktoranalyse at symptomene ved schizofreni kan deles inn i det man har valgt å kalle positive, negative eller desorganiserte symptomer (Cardno et al., 1996). Tanken bak begrepene er at «positiv» referer til et «tillegg» av det som anses som normal funksjon og normale opplevelser, «negativ» refererer til et fravær av eller en reduksjon i normal funksjon, atferd og opplevelser, og

«desorganisert» refererer til at individets atferd og tale er uorganisert (Kring & Smith, 2021, s. 316-322).

Positive symptomer. De vanligste positive symptomene er hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjoner kan defineres som opplevelser som likner på persepsjoner, men oppstår uten noen form for ekstern stimuli av sanseorganene (American Psychiatric Association, 2013). Den vanligste typen hallusinasjon i forbindelse med schizofreni er auditive hallusinasjoner, for eksempel verbale hallusinasjoner («stemmehøring»), men en kan også oppleve hallusinasjoner knyttet til alle andre sansemodaliteter, slik som syn, lukt og berøring (Malt, 2019). Eksempelvis kan dette innebære å se farger, å lukte en råtten lukt eller føle larver som kravler under huden. Auditive hallusinasjoner har en prevalens på opp mot 80 %, mens de øvrige har en prevalens på 10-30 % (Kring & Smith, 2021, s. 322).

Vrangforestillinger kan defineres som oppfatninger eller forestillinger som ikke er mottakelig for endring til tross for motstridende evidens (American Psychiatric Association, 2013), og disse forestillingene deles ikke av andre medlemmer av samme religiøse eller kulturelle gruppe (Kring & Smith, 2021, s. 322). Vrangforestillinger kan ta mange ulike former og ha ulikt tematisk innhold. En av de vanligste temaene omhandler det å føle seg forfulgt, og kan for eksempel arte seg slik at en har en forestilling om at en viss gruppe er ute etter og vil drepe en (Dahl, 2017, s. 72). Annen tematikk kan eksempelvis omhandle sjalusi og forelskelse, ha grandiose preg eller være knyttet til ens kropp og helse (Malt, 2021).

Negative symptomer. Inkluderer blant annet anhedoni, følelsesmessig avflatning og asosialitet (Kring & Smith, 2021, s. 323-324). En person med slike symptomer kan altså oppleve en reduksjon i glede og lyst i sammenheng med fremtidige aktiviteter og situasjoner, kan virke apatiske i sitt emosjonelle uttrykk og ha en redusert motivasjon i å danne og opprettholde nære relasjoner. I tillegg til anhedoni, følelsesmessig avflatning og asosialitet,

inkluderer de negative symptomene en reduksjon i motivasjon og initiering av aktiviteter, samt en reduksjon i tale (Kring & Smith, 2021, s. 323-324). Tilstedeværelsen av mange negative symptomer predikerer en rekke kliniske og funksjonelle utfall, slik som et mer kronisk forløp, dårlig livskvalitet og lav yrkesoppnåelse (Correll & Schooler, 2020). De negative symptomene er vanskeligere å behandle ettersom antipsykotika ikke ser ut til å være like effektive som mot positive og desorganiserte symptomer (Kring & Smith, 2021, s. 325)

Desorganiserte symptomene. Desorganisert atferd kan være at personen kler seg uvanlig, oppfører seg på en måte som andre vil anse som rart og barnslig eller å vandre rundt uten mål og mening, mens desorganisert språk for eksempel kan være usammenhengende og talen kan dermed bli vanskelig å følge (American Psychiatric Association, 2013; Kring & Smith, 2021, s. 322-323).

Fenomenologisk tilnærming til schizofrenispektrum lidelse

Fenomenologiske perspektiver, med utgangspunkt i klassiske avhandlinger av blant annet Karl Jaspers, Wolfgang Blankenburg og Eugene Minkowski (Sass, 2014), er de tre siste tiårene blitt aktualisert på nytt innenfor schizofrenifeltet (Beumont, 1992; Messas et al., 2018; Sass, 2014; Sass & Parnas, 2003). Begrepet fenomenologisk psykopatologi kommer fra Karl Jaspers idé om at atferdsuttrykk er av annenrangs viktighet i forhold til den subjektive opplevelsen (forstyrrelser i bevisstheten) når vi skal beskrive psykopatologi (Kvig & Nilssen, 2014). Siden Jaspers så har den fenomenologiske psykopatologien gått videre fra å hovedsakelig konsentrere seg om den subjektive opplevelsen til pasienter med psykiatriske lidelser, til også å inkludere bevissthetens struktur, som for eksempel er intersubjektivitet og intensjonalitet (Messas et al., 2018; Sass & Parnas, 2003).

I følge Messas et al. (2018) vil man i fenomenologisk psykopatologi evaluere «livsverden» eller da opplevelses «verdener» i psykiske lidelser. I denne tenkningen deler vi alle i mer eller mindre en «common-sense»-allmenn verden som er preget av en

umiddelbarhet og som man automatisk ikke har en utforskende eller spørrende innstilling til (Kvig & Nilssen, 2014; Messas et al., 2018). I tillegg til denne erfaringsrammen for denne allmenne verden har vi forskjellig erfaringsrammer for andre erfaringer, vi kan for eksempel fantasere og drømme (Messas et al., 2018). Når man undersøker psykopatologi kan man se etter endringer i opplevelsesdimensjoner som «opplevd» tid, rom, kropp, intersubjektivitet, og selvet for å se hvordan dette skaper en psykopatologisk erfaringsramme (Messas et al., 2018).

Således kan man gjerne snakke om to typer lidelser ifølge Messas et al. (2018): 1) de «antropologiske lidelsene», som angst og tvangstanker, hvor den generelle grunnrammen for virkelighet er bevart og hvor avvikene fra normalen er å anse som modifikasjoner av visse domener av «livsverden», og 2) «strukturelle lidelser» hvor det er en forstyrrelse i «livsverdens» bakenforliggende ontologiske rammer og virkeligheten grunnramme. Den mest åpenbare lidelsen som kan regnes som en «strukturell lidelse» og som er gjenstand for analyse i klassiske fenomenologiske verk er schizofrenilidelsen (Messas et al., 2018). Hva som førte til en re-aktualisering av fenomenologisk psykopatologi og at man igjen ser tilbake til klassiske bidragsytere har for øvrig flere sider.

Den fenomenologiske bølgen i schizofrenifeltet kan til dels sees på som en motreaksjon til en operasjonell positivistisk tilnærming til schizofrenispektrum lidelse som har vært gjeldene, i forskning og delvis i klinikk, siden introduksjonen av DSM-III (Andreasen, 2007; Beumont, 1992; Kvig & Nilssen, 2014). Noe av bakgrunnen for dette kan være at vektleggingen av de diagnostiske kriteriene angivelig ikke har vært proporsjonal i forhold til hva de var ment for, både i klinisk forskning og klinisk tenkning, ettersom de kun var ment som en indeks for fenomenet og ikke som en fullstendig beskrivelse av dem (Andreasen, 2007; Kendler, 2016; Kvig & Nilssen, 2014; Sass & Borda, 2015).

Paradoksalt nok var, ifølge Andreasen (2007), arbeidsgruppen bak DSM-III sterkt påvirket av klassiske bidragsytere som hadde et fenomenologisk utgangspunkt, men som

skulle vise seg å bli oversett i mange tiår etterpå på grunn av fokuset på de operasjonelle kriteriene. Ifølge Moscarelli (2020) var også den sterke innflytelsen til Kurt Schneider sitt konsept om «first rank symptoms» feilaktig anvendt i DSM og ICD vedrørende vrangforestillinger, og ifølge Cermolacce et al. (2010) ble kriteriene i seg selv tatt opp i diagnosemanualene, mens Schneiders fenomenologisk inspirerte analyser av de heller ble utelatt.

Et annet moment som kan ha bygget opp under en slik motreaksjon kan være at, selv om operasjonelle kriterier ga økt reliabilitet og hadde akkumulerende effekt for klinisk forskning (Andreasen, 2007), så har de empiriske fremskrittene i schizofrenifeltet, som nevnt i innledningen, blitt beskrevet som begrenset (Borda & Sass, 2015; Carpenter, 2013; Wong & Van Tol, 2003). Wong og Van Tol (2003) konkluderer for eksempel i sin oppsummering om situasjonen i feltet med: «In some ways we are not much further ahead than Kraepelin; diagnosis is based on the same clinical observations, and treatment with antipsychotics may be somewhat effective, but have not led us to the etiology or pathophysiology of the illness» (Wong & Van Tol, 2003, s. 292). Carpenter (2013) tilskriver problemene til en upresis klassifisering av schizofreni som har tatt lite hensyn til den enorme heterogeniteten i pasientpopulasjonen og at dette har vært avgjørende for at man i feltet blant annet enda har begrenset kunnskap om molekylær patofysiologi, ikke har noen biomarkører på individnivå, lite effektiv forebygging av lidelsen og en stagnering i psykofarmakologisk behandling.

Sass og Borda (2015) kommer for øvrig med følgende alternativ forklaring, som direkte svar til Carpenter (2013) sin antagelse om heterogenitet i schizofrenispektrum lidelse, om mulig årsak til mangelfulle fremskritt i feltet: «an alternative explanation for this failure may be the prevailing propensity for superficial description and conceptualization of mental or experiential symptoms that, paradoxically, remain the primary basis for current psychiatric nosology» (Sass & Borda, 2015). Noen fenomenologiske teoretikere ser altså ut til å mene at

man har fokusert for ensidig på operasjonaliserte kriterier, og dermed på atferdsuttrykk, noe som gjør at man ikke har klart å fange opp et helhetlig bilde av den schizofrene psykopatologien. Kvig og Nilssen (2014) påpeker at dette kan ha uheldige forskningsmessige og kliniske konsekvenser ettersom mange kvalitativt forskjellige subjektive fenomener eller motiver kan ligge bak de samme atferdsuttrykkene og dermed gjør de operasjonaliserte symptomene lite spesifikke.

En av de fenomenologisk baserte teoriene som har forsøkt å fange opp schizofrenispektrumet mer spesifikt, ved å analysere pasientens livsverden og erfaringsdimensjoner, er teorien om selv-forstyrrelser. Vi skal nå gå gjennom denne teorien og se hvordan den blir anvendt på de positive, negative og desorganiserte symptomene i schizofreni lidelsen.

Selvforstyrrelser og schizofrenispektrum lidelse

Selv-forstyrrelser, eller forstyrrelser i opplevelsene av selvet, har blitt pekt på som sentral i schizofrenispektrum lidelse (Borda & Sass, 2015; Sass & Byrom, 2015; Sass & Parnas, 2003). Sass og Parnas (2003) introduserte sin «Ipseity disturbance hypothesis» for å forklare og beskrive den schizofrene symptomprofilen ut ifra selv-forstyrrelser. «Ipseity» refererer til en før-refleksiv selvbevisst forståelse av tanker, følelser, og annet mentalt innhold som ens eget og kan også beskrives som den automatiske «første-persons» opplevelsen av at dette er «min» opplevelse (Sass & Parnas, 2003).

Som Henriksen et al. (2021) poengterer er det viktig å notere seg at det er snakk om et slags «minimum» av opplevd selv eller «det minimale selvet». Dette skiller «ipseity» fra det narrative-selvet eller det sosiale selvet (Henriksen et al., 2021) og man kan, ifølge Nelson et al. (2014), tenke seg at denne forhåndsbevisste første-personens opplevelsen av å ha et «selv» er en betingelse for disse normale opplevelsene. Kean (2009), som også sitert av Raballo et al. (2021), gir en førstehåndsbeskrivelse av tapet av «det minimale selvet»:

The clinical symptoms come and go, but this nothingness of the self is permanently there. Not a single drug or therapy has ever helped with such nothingness. By nothingness, I mean a sense of emptiness, a painful void of existence that only I can feel. My thoughts, my emotions, and my actions, none of them belong to me any more. This omnipotent and omnipresent emptiness has taken control of everything. (Kean, 2009, s. 1034)

Ifølge Sass og Parnas (2003) er de to primære komplementerende fasetter ved opplevelsen av eget selv som konstituerer det psykopatologiske uttrykket i schizofrenilidelse hyperrefleksivitet og svekket selvaffektivitet. I tillegg til disse to fasettene av selvopplevelsen som ligger til grunn for lidelsene er det tredje aspektet, følge modellen, forstyrrelser i «grepet» om verden (Sass & Parnas, 2003).

Hyperrefleksivitet. Referer til at den umiddelbare «første-person» opplevelsen er forstyrret av en overdreven selvbevissthet som fostrer selv fremmedgjøring (Sass & Parnas, 2003). Man kan beskrive det som et skifte fra en forhåndsbevisst visshet om at «jeg» er «meg» med «mine» tanker, følelser og kropp og at opplevelsene «jeg» opplever er mine «egne» til en ikke-intensjonell fokusert oppmerksomhet rettet mot disse aspektene (Sass & Parnas, 2003).

Denne ikke-intensjonelle fokale overdrevne selvbevisstheten resulterer i at disse aspektene ved seg selv kommer på en så stor opplevelsesmessig «avstand» og blir «objektivisert» slik at de like gjerne kan tilhøre eksterne objekter som de kunne tilhørt en «selv» (Sass, 2014; Sass & Parnas, 2003). Henriksen og Parnas (2017) gir et eksempel på hvordan et slikt skifte uttrykker seg klinisk hos en pasient (Ben, 27 år) med paranoid schizofreni:

He further describes the distance he experiences towards his own thoughts, “it’s like watching a television from a distance of 2 meters”. He perceives his thoughts as images, colours or subtitles on a movie and he reports that his head regularly “feels like a pressure boiler, spinning with thoughts”. Sometimes, though, his thoughts suddenly stop and he feels completely empty, “as if the thoughts have been shut down”. He also reports multiple experiences of derealization in which the surroundings suddenly seems unreal or surreal— “as if I perceive everything through a fisheye lens” or “as if I am walking in the middle of a photography”. (Henriksen & Parnas, 2017, s. 180)

Svekket selv-affektivitet. Selv-affektivitet omhandler her «følelsen» av å «være» eller den automatiske affekten som understreker en subjektiv tilstedeværelse, både i form av å være et bevisst vesen og som et handlende vesen (Sass, 2014; Sass & Parnas, 2003).

Denne grunnleggende og selvsagte opplevelsen er, ifølge Sass og Parnas (2003), betydelig svekket hos pasienter med schizofrenispektrum lidelse. Henriksen og Parnas (2012) illustrer i sin vignett med pasienten Peter (18 år):

He has feelings of not being fully present: “It’s as if I’m inside a glass dome”; “I don’t truly feel the world, because I don’t feel anything inside.” Most of the time, he feels “as if sleepwalking”: “everything seems so far away as if there is an invisible wall I cannot penetrate.” He refers to his world as a “dream world” and himself as a “zombie,” “a shell devoid of emotions.” (Henriksen & Parnas, 2012, s. 658-659)

Forstyrret «grep» om verden. Referer til en forstyrrelse i strukturering av verden og manglende stabilitet i hvordan gjenstander er organisert i bevisstehetsfeltet (Sass, 2014; Sass & Parnas, 2003). Ifølge Sass (2014) innebærer dette svekket «grep» om tidsmessige samt romslige rammer for å strukturere verden og at skillet mellom «formene» for opplevelse eller da opplevelses «verdener» som den perseptuelle «verden», fantasi «verden», og den drømte

«verden» viskes ut. Dette fordi evnen til å holde «grep» om verden, ifølge Sass (2014), er avhengig av en følelse og opplevelse av «selvhet».

Samlet sett tenker man at denne selvbevisste opphengtheten i normalt irrelevant indre/kroppslige aspekter, tap av vitalitetsfølelse og manglende orienteringspunkt fra en subjektiv tilstedeværelse i verden fostrer en oppdelt og desorganisert verden man er fremmedgjort i, og mister «grep» om Sass og Parnas (2017):

With weakening of this vital self-presence, and of the orientation and sense of reality it anchors, one's entire framework for assigning salience is likely to be disrupted—for then there can be less sense of goal-directedness, or associated differentiation of means from goal, less reason for certain objects to occupy the focus of awareness while others recede, less reason for attention to wend outward toward the world rather than inward toward hyperreflexive awareness of one's own body or processes of thinking. (Sass & Parnas, 2017, s. 498-499)

Selvforstyrrelse og symptombildet i schizofreni

Skillet mellom positive, negative og desorganiserte symptomer, slik det ofte brukes i dag, baserer seg som nevnt på en antakelse om at symptomene reflekterer et tillegg eller en mangel/reduksjon i normal funksjon og en mangel/reduksjon i organisering (Sass & Parnas, 2003). Konseptene blir ofte omtalt som rene atferdsbeskrivelser uten forankring eller antakelse om teori, men i realiteten brukes de ofte til å anta noe om underliggende prosesser og funksjoner (Sass & Parnas, 2003). Å bruke konseptene på en slik måte kan fra et fenomenologisk perspektiv anskues som problematisk, og en årsak til dette er knyttet til vilkårligheten i klassifiseringen av symptomer. Når en har et fravær av noe, nødvendiggjør det tilstedeværelsen av noe annet. Et typisk positivt symptom – vrangforestillinger – kan beskrives som positivt fordi det innebærer en tilstedeværelse av noe som normalt ikke er til stede hos individer, men tilstedeværelsen av symptomet antyder også et simultant fravær av

noe annet, for eksempel følelse av kontroll (Sass & Parnas, 2003). Det som på overflaten kan se ut som rene negative symptomer, kan altså subjektivt sett føre med seg positive fenomener for individet, og denne klassifiseringen fanger ikke opp disse subjektive og kvalitative endringene (Sass & Parnas, 2003).

Med denne typen symptomklassifisering følger det, ifølge Sass og Parnas (2003), ofte med en antakelse om at klassene reflekterer atskilte psykopatologiske prosesser, og dermed at individer med negative symptomer ikke kan oppleve positive symptomer (og vice versa). Når de fleste individer med schizofreni opplever alle tre symptomtyper i løpet av sitt sykdomsforløp, og noen til og med opplever simultan tilstedeværelse av flere symptomtyper, blir det lite hensiktsmessig å anse symptomprofilene som heterogene (Sass & Parnas, 2003).

På bakgrunn av dette påpeker Sass og Parnas (2003) at det nok vil være mer formålstjenlig og passende å tenke seg de ulike symptomklassene som representativ for ulike aspekter av en ikke helt homogen, men enhetlig prosess.

Positive symptomer. Ifølge Sass og Parnas (2003) kan de positive symptomene, som ofte omhandler tap av følelsen av å ha eierskap over egne tanker, handlinger, følelser, taktile sanser og persepsjon, samt at disse egenskapene kan være under kontroll av noen eller noe utenfor dem selv, forklares ved overdrevet selvbevissthet. Sagt med andre ord vil det si at den umiddelbare og automatiske følelsen/erfaring av selv eller å «være» nå er erstattet av en avkoblet objektivisering av «mentalt innhold» uten at man tilsynelatende er den automatiske «eieren» av dette innholdet lenger (Sass & Parnas, 2003).

Sass og Parnas (2003) underbygger videre sin hypotese om overdreven selvbevissthet med at innholdet i fenomener som tankekringkasting, tankeekko og auditive hallusinasjoner (f.eks. stemmehøring) ofte ligner den normale «indre stemmen» man er kjent med fra normal tenkning. For eksempel trekker de fram grammatiske analyser av det «hørte» innholdet i tankekringkasting, tankeekko og «hørte tanker» som viser at de er karakteristisk likt normale

«indre» tenkemåter. Auditive hallusinasjoner og stemmer «diskuterer» ofte også pasientens atferd og erfaringer noe som kan være at man opplever at sin «indre taler» blir eksternalisert eller et «objekt» gjennom hyperrefleksivitet og opplevelsen av dette forsterker igjen selv fremmedgjøring med økt «distanse» (Sass & Parnas, 2003).

Negative symptomer. Ifølge Sass og Parnas (2003) vil personer med schizofreni, i motsetning til der man normalt har automatisk kognisjon som muliggjør spontan atferd samt sosial pragmatikk, ha en refleksiv bevissthet som utfolder seg i analytisk og delvis ufrivillig tankeprosedyrer. At disse prosessene har blitt eksplisitt kan angivelige resultere i senket motorisk hastighet eller problemer i det hele tatt med å agere (Sass & Parnas, 2003).

Desorganiserte symptomer. Ifølge Sass og Parnas (2003) har individer med schizofreni en form for tankeforstyrrelser hvor de karakteristisk har problemer å holde seg fokusert innad i ett perspektiv om gangen uten å skifte eller spore av inn i alternative perspektiver. Dette skaper ifølge dem problemer med normal kommunikasjon ettersom de kan få en filosoferende, overabstrakt eller alt for bokstavelig fokusering (Sass & Parnas, 2003). Vilkårligheten og rådvillheten i tenkningen forklares gjennom den manglende selv-affektiviteten som normalt gir en opplevd subjektiv tilstedeværelse som fungerer som et orienteringspunkt for motivasjon og koordinerer omgivelsene ut i fra «verdien» det har for oss «selv» (Sass & Parnas, 2003).

Vi skal se nå se nærmere på hvordan selvforstyrrelser kan sees i sammenhengen med forstyrrelser i tenkning i schizofrenispektrumet. Vi starter da med å dykke ned i de tankeforstyrrelsene som er viet størst empirisk og teoretisk oppmerksomhet de siste tiårene, og som nevnt i innledning tar for seg tankens «form», de «formelle» tankeforstyrrelsen.

Formelle tankeforstyrrelser

Formelle tankeforstyrrelser kan defineres som forstyrrelser i språk, tenkning og kommunikasjon (Mutlu et al., 2021). Begrepet refererer til abnormaliteter i tankenes og

språkets form, og skilles seg dermed fra forstyrrelser i tankenes innhold, slik som ved for eksempel vrangforestillinger (Roche et al., 2015).

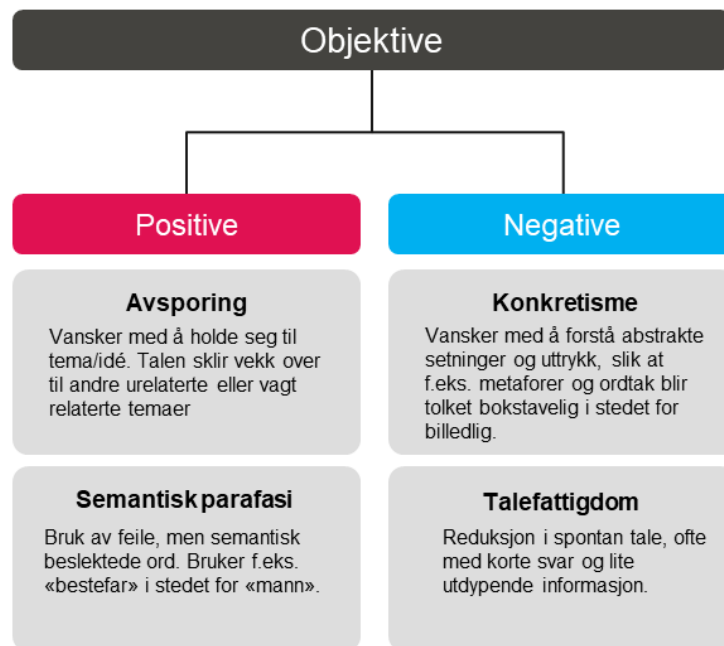
Begrepet har lange historiske røtter som strekker seg helt tilbake til det 19. århundre da Esquirol beskrev en patologi relatert til koordinering av ideer, og Griesinger beskrev et skille mellom det vi i dag kaller formelle tankeforstyrrelser og forstyrrelser i tankenes innhold (Jeronimo et al., 2018). På begynnelsen av det 20. århundre beskrev Kraepelin språkforstyrrelsen «akataphasia» i sammenheng med *dementia praecox*, og Bleuler la videre mye av grunnlaget for dagens begrep ved å beskrive formelle tankeforstyrrelser som et resultat av løse assosiasjoner (Jeronimo et al., 2018).

Formelle tankeforstyrrelser har tradisjonelt sett blitt forbundet med schizofreni, men disse abnormalitetene i språk og tenkning kan også forekomme i en rekke andre lidelser, slik som bipolar lidelse og depressiv episode, og har også blitt observert hos friske individer (Kircher et al., 2018). Til tross for at formelle tankeforstyrrelser også forekommer i andre psykiatriske lidelser, har det blitt knyttet ulike symptom mønstre til ulike diagnostiske grupper. For eksempel er høy grad av negative formelle tankeforstyrrelser oftest knyttet til schizofreni, i motsetning til mani, der en ofte ser høy grad av objektive positive formelle tankeforstyrrelser (Kircher et al., 2018).

Det er ikke oppnådd full konsensus omkring begrepets faktorstruktur, men et konsistent funn ved faktoranalyse har vært at formelle tankeforstyrrelser kan deles inn i positive og negative formelle tankeforstyrrelser (Kircher et al., 2018). Positive tankeforstyrrelser referer til desorganisert språk og tenkning karakterisert av løse assosiasjoner, avsporinger, konstruering av nye ord eller ny bruk av allerede eksisterende ord, og økt mengde produsert tale (Kircher et al., 2018; Roche et al., 2015). Negative formelle tankeforstyrrelser refererer til en reduksjon i produksjon av tenkning og tale (Kircher et al., 2018). Se figur 1 for eksempler på objektive formelle tankeforstyrrelser.

Figur 1

Utvalgte eksempler på objektive formelle tankeforstyrrelser.

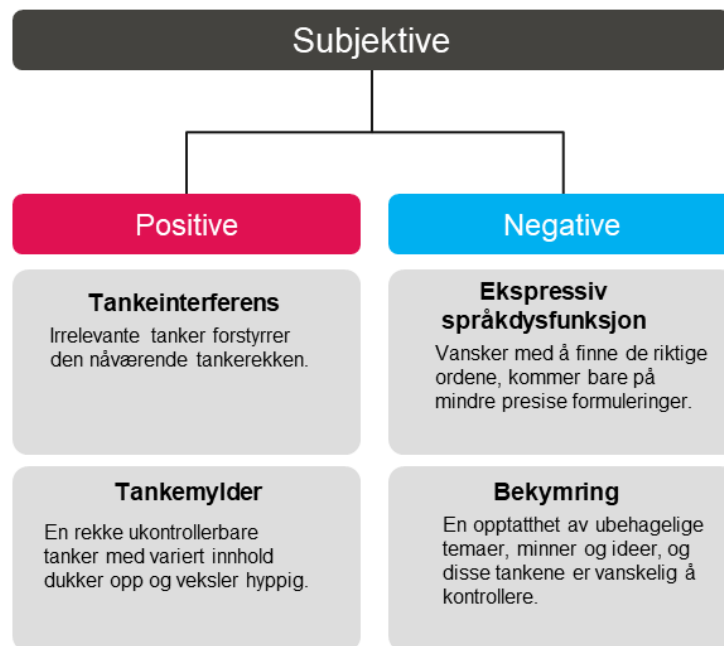


Note. Figuren viser noen eksempler på objektive positive og negative formelle tankeforstyrrelser basert på beskrivelsen i ”Thought and Language Disorder Scale” (TALD) (Kircher et al., 2014a).

I senere tid har også søkelyset blitt rettet mot de subjektive aspektene ved formelle tankeforstyrrelser, som har blitt operasjonalisert av Kircher et al. i «The 30-item Thought and Language Disorder (TALD) scale» (Kircher et al., 2014a). Subjektive negativ formelle tankeforstyrrelser referer til symptomer slik som inhibert tenkning («inhibited thinking»), tankefattigdom («poverty of thought») og en dysfunksjon i tankeinitiativ, mens subjektive formelle tankeforstyrrelser karakteriseres av symptomer slik som tankepress («pressure of thoughts») og tankeinterferens («thought interference») (Kircher et al., 2014a). Eksempler på subjektive formelle tankeforstyrrelser kan ses i figur 2.

Figur 2

Utvalgte eksempler på subjektive formelle tankeforstyrrelser.



Note. Figuren illustrerer noen eksempler på subjektive positive og negative formelle tankeforstyrrelser basert på beskrivelsene i «Thought and Language Disorder Scale» (TALD) (Kircher et al., 2014a)

Formelle tankeforstyrrelser har blitt assosiert med dysfunksjon i eksekutiv funksjon, oppmerksomhet, arbeidshukommelse og verbal flyt i en rekke studier (Kircher et al., 2018). Funksjonelle hjerneavbildningsstudier ved hjelp av PET og fMRI indikerer at bilateral posterior-superior temporal gyrus, midtre temporal gyrus og venstre inferior frontal gyrus kan være involvert i fysiopatologien til positive formelle tankeforstyrrelser (Kircher et al., 2018). Studier har vist en underaktivering i posterior superior temporal gyrus hos pasienter med positive formelle tankeforstyrrelser (Kircher & Thienel, 2005). Disse funnene er i tråd med funn fra strukturelle hjerneavbildningsstudier, som har relatert positive formelle tankeforstyrrelser til en volumreduksjon i grå substans i venstre posterior superior temporal gyrus, samt tendens til symmetrisk eller reversert volum i superior temporal gyri og midtre

temporal gyri (Kircher et al., 2018). Disse områdene omfatter blant annet de klassiske språkområdene Wernickes og Brocas område.

Funksjonelle studier på negative formelle tankeforstyrrelser har vist korrelasjoner med aktivering i andre hjerneområder, e.g. frontal medial gyrus, precuneus, cuneus og høyre inferior parietal lobe (Kircher & Thienel, 2005). På transmittornivå har en patologi i glutamatsystemet blitt foreslått som mulig årsak til de nevralt endringene og formelle tankeforstyrrelser, da det finnes evidens for reduksjon i antall dendrittspinae i glutamatergiske synapser hos individer med formelle tankeforstyrrelser (Nagels et al., 2018).

Teoretiske forklaringer på formelle tankeforstyrrelser har tatt mange retninger og tilnærminger, deriblant teorien om overaktivering i det semantiske minnet (Kuperberg, 2010). Teorien hviler på primingeffekten og teorien om et semantisk nettverk mellom direkte og indirekte ord/konsepter (Bentham et al., 1996). Man tenker seg da at man vil se avvik fra normalpopulasjonen i form av økt priming ved presentasjon av et stimulusord i forskjellige betingelser (Kuperberg, 2010). Dette har blitt empirisk demonstrert for pasienter med tankeforstyrrelser når det gjelder automatisk semantisk prosessering, men ved innsatsbart semantisk prosessering, som involverer vurderinger og lengre tidsintervall, er det heller vist en svekkelse forhold til kontrollgrupper (Kuperberg, 2010). På nevropsykologiske tester har man, som nevnt, også funnet svekkelser i eksekutive funksjon hos pasienter med tankeforstyrrelser samt svekkelser i arbeidshukommelsen, og dette er tenkt å påvirke språkfunksjonen (Kuperberg, 2010). Problemer kan dessverre være at flere av testene man har ofte gir mål på flere kognitive prosesser heller enn å se på spesifikke komponenter i for eksempel arbeidshukommelsen, som kunne hatt en tenkt påvirkning på språkfunksjon (Kuperberg, 2010).

Tilstedeværelse av formelle tankeforstyrrelser hos et individ med høy risiko for psykose kan predikere overgang til psykose (Kircher et al., 2018). Negative formelle

tankeforstyrrelser ser spesielt ut til å ha diagnostisk og prognostisk prediktiv verdi, da forekomst av formelle tankeforstyrrelser kan predikere overgang til schizofreni uavhengig av individets genetiske risiko, samt er assosiert med dårligere funksjon og utfall (Kircher et al., 2018). Negative formelle tankeforstyrrelser, i tillegg til kroniske positive tankeforstyrrelser er ofte behandlingsresistente mot psykofarmaka (Mutlu et al., 2021).

Selvforstyrrelser og formelle tankeforstyrrelser

Sass og Parnas (2003) foreslår at formelle tankeforstyrrelser i schizofrenispektrum lidelse kan være kvalitativt forskjellig fra andre lidelser ettersom pasienter oftere har problemer med å holde seg i en viss kontekst av referanser og perspektiver, mens for eksempel pasienter med mani har mer problemer med å holde søkelys på bestemte elementer i bevisstheten. Denne kvalitative forskjellige måten å tenke på kobler Sass og Parnas (2017) opp mot selvforstyrrelser og beskriver tre følgende karakteristikk som kjennetegner den schizofrene tenkningen. Tenkningen er, ifølge dem, særegen/«bisarr», preget av en instabilitet og av det de omtaler som «disturbances-of-distance» (Sass & Parnas, 2017).

Særegenheten i tenkningen beskrives av Sass og Parnas (2017) å ligge i at den er rådvill, upassende, og uhensiktsmessig i forhold til den praktiske og sosiale «virkelighet». Årsaken til dette, relatert til selvforstyrrelser ifølge dem, er på den ene siden at man ikke er orientert i de sosiale og allmenne situasjonene fra et samlet «selv» med en spontant subjektivt følt tilstedeværelse som vanligvis orienterer tenkning mer målrettet og på den andre siden at man er preget av en innover-fokusert overdreven selvbevissthet på det som vanligvis er automatisk forutinntatt for andre (Sass & Parnas, 2017). Samtalen vil derfor kunne oppleves å være preget av likegyldighet ovenfor lytteren til fordel for innover-rettet fokus og uttrykket preget av å være utflytende med fraser og særegne ord (Sass & Parnas, 2017).

Ustabiliteten i tenkningen er beskrevet av Sass og Parnas (2017) gjennom begrepene “fluidity & contamination” som er basert i Rorschach-metodologien.

De forklarer begrepene slik:

These refer to diminished tendency to maintain stable rooting within a coherent perspective on objects or the world, but instead to drift from one perspective to another or even to merge perspectives in a manner akin to photographic double exposure. Instead of incongruous combinations—a bat with human hands, a woman riding a submarine—the person sees a submarine dissolving into a woman or perhaps a bat-hand, in which the same part of an inkblot is both a bat and a human hand. (Sass & Parnas, 2017, s. 499-500)

Hyperrefleksiviteten og svekket selvaffektivitet destabiliserer tenkningen her fordi det skaper uklarhet i hvilke perspektiver man kan ta, vilkårlighet i hva slags standpunkter man kan ha, mangel på mening og retning og et innover-fokusert språklig uttrykk (Sass & Parnas, 2017). «Disturbances-of-distance» er et begrep som Sass og Parnas (2017) henter fra Rapaport et al. (1945, s. 226) og omhandler fenomenet som er nevnt tidligere, nemlig tilbøyeligheten til å tenke på en overdrevet bokstavelig eller en overdrevet abstrakt måte. Det vil si at man kan ha problemer med å tenke eller oppfatte «verden» eller objekter innenfor det normale abstraksjonsnivået og i praksis kan bli for opptatt med overfladiske sensoriske aspekter man vanligvis overser eller abstraksjoner som ikke nødvendigvis er nyttig for det man holder på med (Sass & Parnas, 2017).

Ifølge Sass og Parnas (2017) kan man se dette hos pasienter som forsøker å reflektere over forutinntatte antakelser, som ikke gis oppmerksomhet i dagliglivet, og dette kobler de direkte til den formelle tankeforstyrrelsen «innholdfattig tale». De kobler «tankeblokkering» på sin side til fokal fokusering på enkelte ord/lyder og en overdreven abstraksjon fører til at utallige meninger av ordet (Sass & Parnas, 2017).

Sass og Parnas (2003) gjør det samme ved å koble fasettene i selvforstyrrelser, tap selv-affektivitet og hyperrefleksivitet, til «tankeinitiativ» «assosiativ vandring», «avsporing» og «talepress». Sass og Parnas (2003) omtaler også «incoherence» og «distractability» som senere ble formulert i «TALD» som fortrinnsvis «dissosiert tenkning» og «tankeinterferens» (Kircher et al., 2014a). De forklarer også disse formelle tankeforstyrrelsene generelt gjennom den samme hypotesen om den fokale oppmerksomheten rettet mot aspekter som vanligvis bare er «antatt» for andre og tapet av følt subjektiv tilstedeværelse, som tidligere diskutert, sees på som grunnleggende for motivasjon, og målrettet tenkning (Sass & Parnas, 2003).

Til nå har vi sett på hvordan «form» er beskrevet i schizofrenispektrumet gjennom å se på de formelle tankeforstyrrelsene. Vi skal nå se nærmere kanskje den mest kjente formen for «innhold», som historisk er betegnet som helt sentral og karakteristisk for schizofrenispektrumet, den bisarre vrangforestillingen (Gilman, 1983). Etterfulgt av dette vil vi se bisarre vrangforestillinger i lys av teorien om selvforstyrrelser, og til slutt hvordan det kan være en sammenheng mellom «form» og «innhold» i schizofrenispektrumet.

Bisarre vrangforestillinger og schizofrenispektrum lidelse

Begrepsavklaring

«Bisarr» er å betegne som et fremmedord i norsk sammenheng og utledet til å bety «besynderlig, avstikkende, underlig eller rar» (Nilstun, 2018). Ordet «bisarr» kan, for øvrig, spores til fransk og italiensk, men kan også ha et baskisk opphav (Nilstun, 2018; Språkrådet, 2021). Ifølge Gilman (1983) har ordet hatt en lang historie i litterær sammenheng helt fra antikkens Italia. Populariseringen av termen i moderne diskurs hevder Gilman (1983) kan spores til bruken av det italienske ordet «bizarro» i Dante Alighieris «Inferno» (utgitt i 14. århundre) for å beskrive den irrasjonelle og temperamentsfulle Filippo Argenti (Gilman, 1983). Gilman (1983) hevder videre hvis vi ser bruken av ordet i litterær sammenheng så kan man se at det tidlig ble brukt for å beskrive former for raseri og irrasjonell atferd, men at det i

renessansen og opplysningstiden også ble brukt for å beskrive det det ekstraordinære og det unike, hvor det til og med kunne betones som noe positivt.

I psykiatrisk sammenheng er termen «bisarr», historisk sett, blitt brukt for å beskrive både atferdsmessige, kognitive, emosjonelle og språklige aspekter ved schizofrenispektrumet (Cermolacce et al., 2010; Gilman, 1983; Sass & Byrom, 2015). For eksempel er termen brukt for å beskrive den schizofrene tankeprosessen, atferd og språk hos de med schizofreni og det schizofrene følelseslivet og dets innvirkning på evnen til å utfolde seg sosialt (Gilman, 1983).

Konseptet om den schizofrene vrangforestilling er for øvrig noe som har røtter i europeisk psykiatri og ble, ifølge Cermolacce et al. (2010), omtalt av Emil Kraepelin som den «non-sensical vrangforestilling» og av Karl Jaspers som den «uforståelige vrangforestillingen», lenge før termen «bisarr» ble popularisert i vestlig psykiatri. Kraepelin skilte gjerne mellom innholdet i vrangforestillingen i «non-sensical» vrangforestillinger fra den paranoide vrangforestillingen ved at selv om den paranoide vrangforestilling kunne være høyst usannsynlig så var narrativet i den fortsatt mulig, mens i den «non-sensical» vrangforestilling var narrativet «umulig» (Cermolacce et al., 2010). Man kan for eksempel se for seg den paranoide vrangforestilling om å bli spionert på av naboen som et faktisk «mulig» narrativ, mens hvis man derimot forestiller seg at agenter fra Mars står parkert utenfor huset sitt for å kidnappe en, som et mer «umulig» narrativ.

Jaspers på sin side skilte mellom den sekundære og den primære vrangforestilling (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015). Jaspers beskrev, ifølge Cermolacce et al. (2010), den primære vrangforestilling som karakteristisk for den schizofrene lidelsen, og kjennetegnet ved disse var måten de umiddelbart oppstår som overbevisninger i sinnet samt at de opplevelsesmessig er utilgjengelige for empatisk forståelse av andre. For eksempel mente Jaspers at en pasient umiddelbart kunne etablere en vrangforestilling uten noen refleksjon eller bevisst tenkning involvert og at man som en person utenfra ikke kunne forstå

opplevelsen ettersom opplevelsen i seg selv kan være uavhengig av normale affektive tilstander eller kontekst (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015).

«Bisarr» som diagnostisk kriterium

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Når vi ser på DSM-systemet så har termen «bisarr» hatt en relativt sentral plass i beskrivelser av schizofrenispektrumet i amerikansk psykiatri. Fra å først bli brukt til å beskrive «bisarr atferd» under schizoaffektiv-lidelse i DSM-I og atferd generelt under schizofreni-lidelse i DSM-II til et skifte i DSM-III der man også beskriver en form for bisarre vrangforestillinger (Gilman, 1983).

En vrangforestilling kunne ifølge DSM-III sies å være bisarr om «the content is patently absurd and has no possible basis in fact» (Cermolacce et al., 2010) og med DSM-III ønsket man å bruke kriterier som man måtte avgjøre om var til stede eller ikke for å sette en diagnose (Cermolacce et al., 2010). Man introduserte i DSM-III seks forskjellige kriterium (Kriterium A til F, som blant annet var psykosesymptomer, funksjonstap og varighet) for å sette diagnosen (Fox, 1981). Under «Kriterium A», som omhandlet symptomer på psykose, måtte en av seks symptomer være til stede for å sette diagnosen og av disse var bisarre vrangforestillinger spesifikt nevnt (Fox, 1981).

I DSM-III R ble den bisarre vrangforestillingen definert som «involving a phenomenon that the person's culture would regard as totally implausible» (Cermolacce et al., 2010) og ble nå også vektet tyngre enn andre former for vrangforestillinger (Goldman et al., 1992). Dette ville kunne si at det som kunne være avgjørende for å sette en schizofrenidiagnose differensielt med en annen psykoselidelse kunne være om man vurderte tilstedeværelsen av en bisarr vrangforestilling eller ikke (Goldman et al., 1992).

I følge Cermolacce et al. (2010) var definisjonen i DSM-III-R langt fra uproblematisk, og i sin gjennomgang av litteraturen fant dem flere momenter som gjorde definisjonen

uholdbar. Blant annet var disse problemene at illustrerte eksempler ikke alltid stemte overens med definisjonene av bisarre og ikke-bisarre vrangforestillinger og en overlapp med andre kategorier vrangforestillinger (Cermolacce et al., 2010).

Med dette bakteppet ble definisjonen av bisarre vrangforestillinger videre endret i DSM-IV og DSM-IV TR til “clearly implausible and not understandable and not derived from ordinary life experiences» (Cermolacce et al., 2010). I DSM-IV og DSM-IV-TR ville man i utgangspunktet trenge to psykosesymptomer for å tilfredsstillere «Kriterium A», men det ble gjort et unntak om bisarre vrangforestillinger eller visse auditive hallusinasjoner var til stede, som vil si at tilstedeværelsen av bare ett av disse symptomene var tilstrekkelig for å møte kriteriet (Cermolacce et al., 2010; Shinn et al., 2013).

I DSM-5 er det bare blitt gjort moderate endringer fra diagnoseprofilen i DSM-IV, men bisarre vrangforestillinger mister sin særegen tyngde som et psykosesymptom og kan ikke lenger alene tilfredsstillere «Kriterium A» (Tandon et al., 2013). Bakgrunnen for at man valgte å ikke lenger vekte bisarre vrangforestillinger tyngre var et resultat av flere empiriske og teoretiske problemer omtalt i litteraturen (Cermolacce et al., 2010; Shinn et al., 2013).

For eksempel er definisjonene av bisarre vrangforestillinger i DSM blitt kritisert for å være uklar og vage (Heinimaa, 2002), og det er også omdiskutert om man skal vektlegge vrangforestillingens form eller innhold når man omtaler de som bisarre (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015; Shinn et al., 2013). Videre oppsummerer Cermolacce et al. (2010) i sin gjennomgang svært varierende funn når man ser på inter-rater reliabiliteten med en Cohen's kappa mellom 0.28 til 0.85, som vil si at klinikers evne til å skille bisarre vrangforestillinger fra ikke-bisarre vrangforestillinger er høyst uklare. Når Shinn et al. (2013) undersøkte to datasett med 569 og 260 pasienter for å finne tilfeller hvor man hadde satt schizofrenidiagnosen (DSM-IV-TR) på bakgrunn av tilstedeværelsen av bisarre vrangforestillinger som eneste oppfylte psykosekriterium, fant de fortrinnsvis bare 1,8 % og 0

% av slike tilfeller. Med andre ord kunne man også stille spørsmål ved nytten av å ha bisarre vrangforestillinger som tyngre «vektet» psykosekriterium.

International Statistical Classification of Diseases (ICD). Psykiske lidelser, inkludert schizofreni, blir først introdusert i ICD-6 i 1949 og da 3 år før DSM-I ble publisert (Katschnig, 2010). Bizarre vrangforestillinger er ikke brukt som eget spesifikt kriterium eller terminologisk i den deskriptive beskrivelsen av schizofreni i ICD-10 (World Health Organization, 2019) eller i ICD-11 (World Health Organization, 2021). Vi finner likevel relativt ekvivalente beskrivelser under kriterium (d) i ICD-10: «vedvarende vrangforestillinger av andre typer som er kulturelt upassende og fullstendig umulige, som religiøs eller politisk identitet, eller overmenneskelige krefter og egenskaper (f eks å kunne styre været eller kommunisere med vesener fra en fremmed verden)» (World Health Organization, 2019). I de diagnostiske retningslinjene til ICD-10 må det være et tydelig tegn på at minst en av symptomene listet fra a) til d) med en tilstedeværelse på minst 1 mnd., mens for symptomer listet på kriterium e) til i) vil det måtte være nødvendig at to av symptomene listet er til stede (World Health Organization, 2019).

Man har altså ansett vrangforestillinger med «umulig» innhold som sentral for å sette schizofrenidiagnose i ICD-10 sammen med tre andre kriterium, men fortsatt ikke like sterkt som «bizarre vrangforestillinger» i DSM-IV og DSM-IV-TR hvor det var det «eneste» psykosekriterium hvor man kunne sette diagnosen ut ifra tilstedeværelsen av det alene, sammenlignet med de resterende kriteriene hvor man måtte ha to.

Selv om «bizarre vrangforestillinger» ikke har hatt en like stor betydning i ICD-systemet rent terminologisk som i DSM-systemet, så er beskrivelsene av vrangforestillinger i schizofrenispektrumet, som ble eksportert til USA primært gjennom oversettelser av klassiske beskrivelser av fenomenet, gjort av Bleuler, Kraepelin og Jaspers (Cermolacce et al., 2010; Gilman, 1983; Sass & Byrom, 2015). Ifølge Gilman (1983) ble «bisarr» introdusert til

amerikansk psykiatri etter Eugen Bleulers bruk av termen «*ungewöhnlich*» (uvanlig), i sine definisjoner av tankeforstyrrelser, og ble oversatt til «bisarr». Sammen med Kraepelin og Jaspers sine banebrytende avhandlinger, om den «non-sensical» og «uforståelige» vrangforestillingen, hadde dette stor innflytelse på flere bidragsyttere i den kliniske amerikanske litteraturen og bidro angivelig til at begrepet ble popularisert innad i amerikansk psykiatri samt at «bisarre vrangforestillinger» ble inkludert som kriterium i DSM-III (Cermolacce et al., 2010; Gilman, 1983).

Med andre ord kan man si at bruken av termen «bisarr» og beskrivelsene av den bisarre vrangforestillingen har en opprinnelse i europeisk psykiatri, men at den bisarre vrangforestillingen som diagnostisk kriterium har vært mer sentral i amerikansk psykiatri fram til DSM-V sammenlignet med ICD-systemet.

Vrangforestillinger fra et fenomenologisk perspektiv

Som man kan se i den diagnostiske tradisjonen, i både ICD og DSM, så har bisarre vrangforestillinger blitt definert ut ifra sitt «innhold» (Cermolacce et al., 2010; Sass & Byrom, 2015). Som vi har sett har dette vært en utfordrende oppgave siden begrepet ble introdusert og den bisarre vrangforestillingen har tapt mye av sin sentrale diagnostiske posisjon i amerikansk psykiatri (Sass & Byrom, 2015). Å avskrive konseptet helt som noen har foreslått vil ifølge Cermolacce et al. (2010) likevel være et blindspor ettersom det finnes argumenter for at det «bisarre» er en sentral del av schizofrenispektrumet om man går inn i de fenomenologiske aspektene av lidelsen.

I fenomenologisk psykopatologi kan ikke vrangforestillingen forstås eller forklare uten å også ta hensyn til «form» eller da rammene for den subjektive opplevelsen (Sass & Byrom, 2015). Jaspers definerte som nevnt «uforståeligheten» i den primære vrangforestillingen ut i fra omverdenens forutsetninger fra å kunne forstå innholdet (Sass & Byrom, 2015). Jaspers mente vrangforestillingen var en «reell»-vrangforestilling dersom den

kom til pasienten med en umiddelbar visshet om sannhet og den var konstituerte av en grunnleggende endring i pasientens psykiske verdensanskuelse (Kvig & Nilssen, 2014). Man kunne med andre ord ikke konstatere en virkelig «irrasjonalitet» eller «bisarritet» før man hadde sett på endringer i det indre grunnlaget for opplevelsen (Kvig & Nilssen, 2014).

Normal «rasjonalitet» kan for eksempel beskrives som at man vet at «jeg» eksisterer sammen med «de andre» og «objektene» samt at man «vet» at andre oppfatter eller kan oppfatte det man selv oppfatter på en lignende måte (Bovet & Parnas, 1993). En grunnleggende endring i psykisk eksistensiell opplevelse kan forekomme når det oppstår en reorganisering av uendrende elementer som gir nye rammer for opplevelsen og tidligere perseptuelle selvfølgheter (Bovet & Parnas, 1993). Bovet og Parnas (1993) knytter det de kaller «autisme» eller den «autistisk disposisjon» til dannelsen av vrangforestillinger i schizofrenispektrumet. De tenker at en slik disposisjon, både i prekliniske og kliniske stadier av lidelsen, konstituerer begynnelsen på et tap av felles referanseramme og at man mister «grep» om allmenne konvensjoner, sosiale normer og pragmatikk (Bovet & Parnas, 1993).

Ifølge Kvig og Nilssen (2014) kan en grunnleggende uvisshet om «jegets» forhold til egne indre opplevelser føre til at tanker, følelser og handlinger bli oppfattet som noe eksternt. Dette kan i praksis gjøre en person tilbøyelig til å attribuere kontroll både eksternt (noen styrer atferden min) og internt (jeg kan utslette jorden med tankene mine) (Bovet & Parnas, 1993; Kvig & Nilssen, 2014). Ifølge Bovet og Parnas (1993) så omtalte Bleuler vrangforestillinger hos de med schizofreni som «transitivistisk».

Begrepet forsøker å fange en «grenseløshet» i den schizofrene opplevelsen av «å være» som han mente man kunne finne om man analyserte forholdene pasientene hadde til grensene mellom «jeget» og «verden» i forestillingene (Bovet & Parnas, 1993).

Bovet og Parnas (1993) eksemplifiserer dette ved at du for eksempel kan ha en pasient med forestillinger om å bli kontrollert av et objekt i verden (forestilling om kontroll) eller at

man selv kontrollerer verden (forestilling om grandiositet): «This is the shared experience in the delusions of control and omnipotence described above. The former can be epitomized as "The world is I," and the latter as "I is [sic] the world." (Bovet & Parnas, 1993, s. 590). Det er altså en form for selvreferanse i verden i mangel på en automatisk opplevelse av «å være» i den (Bovet & Parnas, 1993).

Selvforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger

Ut fra hypotesen om selvforstyrrelser, formulert i modellen til Sass og Parnas (2003), forklarer Sass og Byrom (2015) bisarre vrangforestillinger gjennom ideen om hyperrefleksivitet, svekket selv-affektivitet og forstyrrelse i «grep» om den perseptuelle verden. Ut fra denne modellen kan tapet av «selvet» i forestillinger, som typisk klassifiseres som «bisarre vrangforestillinger», som involverer opplevelsen av å tape eierskap til tanker, følelser, kroppslige sensasjoner og styring av eksterne krefter, forstås som en objektivisering av normale indre prosesser som et resultat av hyperrefleksivitet og svekket selv-affektivitet (Sass & Byrom, 2015). Sass og Byrom (2015) gir følgende eksempel:

How corporeal manifestations of hyperreflexivity could lead to bizarre delusions can be imagined in the case of a patient who came to believe that rosary beads seen in front of her were rotating due to a magnetic current generated by parasites traveling up and down her spine. Hyperreflexive awareness of normally tacit sensations in her back seem to have transformed these sensations into something explicit and objectified – parasites – which were then felt to exist in the same plane of reality as the beads with which they could now somehow interact. (Sass & Byrom, 2015, s. 5)

Å forstå objektiviseringen av normalt «indre opplevelser» som resultatet av hyperrefleksivitet og svekket selv-affektivitet kan være plausibelt nok når fraværet av selvet er uttrykt i «innholdet», men disse «formene» for opplevelse kan også ha flere tilsynelatende motstridende uttrykk i «innholdet» (Sass & Byrom, 2015). For eksempel trekker Sass og

Byrom (2015) fram bisarre vrangforestillinger hvor pasienten opplever seg selv som sentrum i universet og at deres egen eksistens har altomfattende konsekvenser.

Her har hyperrefleksiviteten hatt en paradoksal og tilsynelatende motstridende konsekvens ettersom pasienten kan miste opplevelsen av «å være», men samtidig ha opplevelse av å være en del av «alt som er» (Sass & Byrom, 2015). Dette forklares ved at den patologiske fokale selvbevisstheten, i tillegg til å føre til «objektivering», også kan føre med seg en «subjektivering» (Sass & Byrom, 2015). Sass og Byrom (2015) kaller dette «quasi-solipsism», som referer til en opplevelse av at alt i verden er en del av ens egen opplevelse. Denne oppfatningen kan være «total» ved at pasienter opplever at alt har eksistens gitt sin bevissthet, men kan også være en oppfatning som bare gjelder visse opplevelser og inkluderer ikke nødvendigvis hele den opplevde «allmenne»-perseptuelle verden til pasienten (Sass & Byrom, 2015).

Relasjonen mellom form og innhold

I symptomprofilen på schizofrenispektrumet har man lenge diskutert hva som er den primære eller sekundære psykopatologien (Bentham et al., 1996). Jaspers mente at det å være preget av primære vrangforestillinger var avgjørende for dannelsen av annen psykopatologi (Bentham et al., 1996), mens Bleuler pekte på fire aspekter som fundamentale for schizofreni diagnosen: «autisme», «affektiv sløvhet», «emosjonell ambivalens» og «løse assosiasjoner/formelle tankeforstyrrelser» (Arantes-Gonçalves et al., 2018).

Bleuler mente at hallusinasjoner og vrangforestillinger var «tilhørende» symptomer, mens disse fundamentale symptomene stod for dannelsen av disse symptomene (Arantes-Gonçalves et al., 2018). Ifølge Nordgaard et al. (2021a) er Bleulers begrep om «løse assosiasjoner» ofte feilaktig brukt til å referere til en slags svekkelse i assosiative mekanismer, men refererte egentlig til en mangel på en hensiktsmessig hierarkisk prioritering

i målrettet handling som normalt underbygger atferden vår og at de løse assosiasjonene referer til tap av intensjonell retning i bevisstheten.

I fenomenologisk psykopatologi har man, i moderne og klassiske bidrag som her av Jaspers og Bleuer, antatt den samme «Gestalten» eller da en underliggende fellespatologi ettersom de så «formen» til tenkningen som grunnlag for dannelsen av tenkningens «innhold» (Parnas, 2011). Kandidaten, for fenotypisk å danne grunnlaget for begge disse i schizofrenispektrumet, er i fenomenologisk psykopatologi pekt på å være selvforsstyrrelse (Cermolacce et al., 2010; Henriksen et al., 2021; Nordgaard et al., 2021a; Raballo et al., 2021; Sass & Parnas, 2017; Sass & Byrom, 2015; Sass & Parnas, 2003). Som nevnt innledningsvis er dette i økende grad empirisk undersøkt og indikert i flere av funnene.

Sammenhengen mellom fenomener som representerer karakteristiske symptomuttrykk i tankens «form» og «innhold» er ellers svært lite undersøkt. Fra et fenomenologisk perspektiv vil man kunne anta den kvalitative endringen selvforsstyrrelser står for i schizofrenispektrumet vil kunne finnes i det språklige uttrykket og tankenes innhold (Mortimer et al., 1992). Vi tenker at den «bizarre vrangforestillinger» kan tolkes som et forsøk på å operasjonalisere de fenomenologisk beskrevne subjektive fenomenene av «transitivistisk», «kvasi-solipsistiske» og «autistisk» karakter. Det vil si forhold hvor grensen mellom «jeget» og den ytre verden er preget av en «grenseløshet» og ens indre opplevelser er «objektivisert» samtidig som man kan ha opplevelsen av at objekter i verden eksisterer som resultatet av egen bevissthet (Bovet & Parnas, 1993). Innholdsmessig kan man for eksempel tenke seg at alle tanker en har er styrt av trafikklysene eller at en selv styrer trafikken med tankene sine. Her kan man altså tenke at «innholdet» er av en bisarr karakter ettersom «formen» man opplever i virkeligheten er preget av et forstyrret «selv» slik man har tenkt teoretisk og indikert empirisk.

Vi tenker det er plausibelt at pasienter som befinner seg i en psykotisk tilstand også har flere patologiske symptomuttrykk i det språklig og kommunikative uttrykk i forhold til de som ikke har det (Bentham et al., 1996). Dette fordi man kan teoretisk tenke seg at aggregeringen av selvforstyrrelser også vil kunne vises i det språklige uttrykket (Nordgaard et al., 2021a). Vår tanke er at ved å sammenligne forekomsten av formelle tankeforstyrrelser i en gruppe med bisarre vrangforestillinger og en gruppe uten bisarre vrangforestillinger kan vi si noe om forholdet mellom «form» og «innhold». Vår første hypotese er at det vil være flere formelle tankeforstyrrelser hos gruppen med bisarre vrangforestillinger enn gruppen uten. Når det gjelder dimensjonene av formelle tankeforstyrrelser, har vi et eksplorerende utgangspunkt og ønsker å undersøke hvordan de formelle tankeforstyrrelsene fordeler seg hos pasienter med bisarre vrangforestillinger og de uten.

Metode

Deltakere

Utvalget besto av 20 pasienter innlagt på en døgnavdeling ved Regional enhet for psykoser, Nordlandssykehuset. Av disse var 11 menn og 9 kvinner. Deltakerne hadde et aldersspenn fra 17 til 28 år ($M = 22.2$, $SD = 4.01$). Ingen av deltakerne hadde påbegynt eller fullført høyere utdanning. Demografiske og kliniske variabler for utvalget presenteres i henholdsvis tabell 1 og tabell 2.

Undersøkelsene ble gjennomført ved Regional enhet for psykoser, Nordlandssykehuset. Rutinedata for 20 pasienter innlagt i tidsrommet august 2020 til august 2021 ble undersøkt. Undersøkelsen ble godkjent av personvernombudet ved sykehuset.

Tabell 1

Demografiske variabler for gruppen med bisarre vrangforestillinger sammenliknet med gruppen uten bisarre vrangforestillinger.

Variabel	Bisarre vrangforestillinger		Uten bisarre vrangforestillinger		Totalt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Kjønn						
Kvinne	7	46.7	2	40	9	45
Mann	8	53.3	3	60	11	55
Bostatus						
Kommunal/vernet bolig	1	6.7	0	0	1	5
Privat/selveiet	6	40	3	60	9	45
Hos foreldre/hjemme	8	53.3	2	40	10	50
Utdanning fullført						
10. klasse eller mindre	1	6.7	0	0	1	5
Vgs påbegynt	11	73.3	3	60	14	70
Vgs avsluttet	3	20	2	40	5	25
Arbeid/skole						
Ikke i arbeid/skole	9	60	4	80	13	65
I arbeid/skole	6	40	1	20	7	35
Sivilstatus						
Ugift/alene	12	80	2	40	14	70
Gift/samboer	3	20	3	60	6	30

Note. Bisarre vrangforestillinger = PANSS A9 \geq 4; Uten bisarre vrangforestillinger = PANSS A9 \leq 3.

Tabell 2

Kliniske variabler for gruppen med og uten bisarre vrangforestillinger.

	PANSS A9 \geq 4 (n = 15)			PANSS A9 \leq 3 (n = 5)						
	M	SD	Range	<i>n</i>	%	M	SD	Range	<i>n</i>	%
PANSS	29.5	5.32	20-53			18.8	4.76	14-25		
P1	4.87	0.99	3-6			2.40	0.89	1-3		
P2	3.67	0.72	3-5			1.80	1.10	1-3		
P3	3.60	1.45	1-6			3.20	1.10	2-5		
N1	3.80	1.32	1-6			2.60	1.52	1-4		
N4	3.67	1.35	1-5			2.80	1.79	1-5		
N6	3.20	1.70	1-6			1.60	1.34	1-4		
A5	1.60	1.96	1-4			2.00	1.41	1-4		
Diagnose										
F20				8	53.3				2	40
F21				6	40				0	0
F61				1	6.7				3	60

Note. PANSS A9 ≥ 4 = bisarre vrangforestillinger; PANSS A9 ≤ 3 = ikke bisarre vrangforestillinger; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale fullskåre; P1 = vrangforestillinger; P2 = konseptuell desorganisering; P3 = hallusinatorisk atferd; N1 = avflatet affekt; N4 = sosial tilbaketrekning; N6 = mangel på spontanitet og flyt i samtaler; A5 = mannerisme og positur; A9 = uvanlig tankeinnhold. F20 = Schizofreni; F21 = Schizotyp lidelse; F61 = Andre og blandede personlighetsforstyrrelser.

Materialer

Symptomtrykk ble målt ved hjelp av PANSS-8, en kortversjon av «the Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS-30) (Kay et al., 1987). PANSS-8 består av åtte kjernesymptomer ved schizofreni basert på diagnosekriteriene i DSM-IV – tre positive psykosesyntomer, tre negative psykosesyntomer og to symptomer på allmenn psykopatologi (Opler et al., 2007). Disse inkluderer vrangforestillinger (P1), konseptuell desorganisering (P2), hallusinatorisk atferd (P3), avflatet affekt (N1), sosial tilbaketrekning (N4), mangel på spontanitet og flyt i samtaler (N6), mannerisme og positur (A5) og uvanlig tankeinnhold (A9) (Opler et al., 2007). De åtte ulike symptomene ble først vurdert av pasientenes behandlere på en skala fra 1 (fravær) til 7 (ekstremt) to uker etter innleggelse, og ble senere vurdert i konsensusmøte med ytterlige behandlere.

Bisarre vrangforestillinger ble i denne studien operasjonalisert, med bakgrunn i fenomenologisk psykopatologi, som vrangforestillinger av transitivistisk og/eller solipsistisk karakter, slik at en skåre på PANSS A9 ≥ 4 (moderat til ekstremt alvorlig) ble ansett som tilstedeværelse av bisarre vrangforestillinger, mens en skåre på A9 ≤ 3 (fravær til mild) ble ansett som ingen tilstedeværelse av bisarre vrangforestillinger. Denne typen cut-off er en etablert konvensjon i forskning som anvender PANSS, og har blant annet brukt i remisjonsstudier av schizofreni for å indikere symptomer av klinisk signifikans (Andreasen et al., 2005; Gardsjord et al., 2016; Helle et al., 2016).

Formelle tankeforstyrrelser ble målt ved hjelp av «The 30-item Thought and Language Disorder Scale» (TALD) (Kircher et al., 2014b). Skalaen består av fire dimensjoner: 1)

objektive positive formelle tankeforstyrrelser, 2) subjektive negative formelle tankeforstyrrelser, 3) objektive negative formelle tankeforstyrrelser, og 4) subjektive positive formelle tankeforstyrrelser (Kircher et al., 2014a). Skalaen inneholder totalt 30 items (formelle tankeforstyrrelser), og disse ble gjennom et semi-strukturert intervju vurdert til å være enten «til stede» eller «ikke til stede» for hver deltaker. Tabell 2 viser de ulike formelle tankeforstyrrelsene i skalaen samt dimensjonene de tilhører.

PANSS P2 (konseptuell desorganisering) og PANSS N6 (mangel på spontanitet og flyt i samtaler) ble brukt som ytterligere mål på henholdsvis positive og negative formelle tankeforstyrrelser. PANSS P2 måler objektive positive formelle tankeforstyrrelser karakterisert av blant annet løse assosiasjoner, omstendelighet og assosiativ vandring (Kay et al., 1987). PANSS N6 måler objektive negative formelle tankeforstyrrelser, karakterisert av en reduksjon i mengde produsert tale (Kay et al., 1987).

Tabell 3

Oppsummering av dimensjoner og items inkludert i TALD.

Dimensjon	Items
Objektive positive	Avsporing
	Forbisnacking
	Dissosiert tenkning
	Assosiativ vandring
	Logorrhoea
	Omstendelighet
	Semantisk parafasi
	Talepress
	Manneristisk tale
	Neologismer
	Fonetisk parafasi
	Innholdsfattig tale
	Perseverasjon
Tanketap	

Subjektive negative	Tankefattigdom
	Begrenset tenkning
	Tankeinitiativ/intensjonalitetsforstyrrelse
	Reseptiv språkdysfunksjon
	Ekspressiv språkdysfunksjon
	Bekymring/ruminering
	Hemmet tenkning
Objektive negative	Blokkering
	Talefattigdom
	Treg tankeprosess
Subjektive positive	Konkretisme
	Tankepress/tankekjør
Andre formelle tankeforstyrrelser	Tankeinterferens
	Ekkolali
	Klanging
	Verbigerasjon

Note. Inndeling av dimensjoner i tabellen er basert på faktorstrukturen i «Thought and Language Disorder» (TALD) (Kircher et al., 2014a)

Dataanalyse

Dataen ble analysert i IBM SPSS Statistics 28. TALD-variablene brukt i analysen ble summert opp i sumskårer i henhold til dimensjonene i tabell 2, samt i objektive/subjektive og positive/negative dimensjoner, inkl. en totalskåre for TALD.

En forutsetning for å bruke parametriske tester er at dataene er noenlunde normalfordelte (Field, 2018, s. 230-233). Ved visuell inspeksjon så vi at dataen ikke oppfylte kravet om normalitet. Av den grunn, og på grunn av lite utvalg, valgte vi å bruke den ikke-parametriske testen Mann-Whitney U som ikke har denne forutsetningen (Field, 2018, s. 283).

Mann-Whitney U tester ble gjennomført for å undersøke om det var en forskjell i skårer på de fire dimensjonene formelle tankeforstyrrelser (se tabell 1), i objektive/subjektive og positive/negative dimensjoner, samt PANSS P2 og PANSS N6 mellom deltakere med og uten bisarre vrangforestillinger. Ved små utvalg ($N < 50$) anbefales det å bruke exact method

for p-verdier, og dette ble derfor brukt i denne studien (Field, 2018, s. 296). Effektstørrelse

ble kalkulert med formelen $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$, $N =$ antall totale observasjoner (Field, 2018, s. 295).

Resultater

Fordelingen av skårer ble undersøkt visuelt, og ble vurdert til å ha lik fordeling mellom gruppene med og uten bisarre vrangforestillinger på objektive negative formelle tankeforstyrrelser, mens resterende variablers skårer ble vurdert som ulikt fordelt. Både median og mean rank presenteres derfor i tabell 3.

Mann-Whitney U tester viser at det er relativt høy forekomst av formelle tankeforstyrrelser i utvalget (se tabell 4). Basert på PANSS P2-skårer er det høyere formelle tankeforstyrrelser ved bisarre vrangforestillinger (mean rank = 12.53) sammenlignet med uten bisarre vrangforestillinger (mean rank = 4.40), $U = 68$, $z = 2.84$, $p = .005$, med en stor effekt, $r = .63$.

Vi finner ikke hvilken dimensjon, målt med TALD, som kan forklare dette nærmere.

Resultatene for analysene presenteres i tabell 4.

Tabell 4

Resultater fra Mann-Whitney U tester for bisarre og ikke bisarre vrangforestillinger og formelle tankeforstyrrelser.

Variabel	PANSS A9 \geq 4		PANSS A9 \leq 3		U	z	p	r^2
	Mean rank	Range (Mdn)	Mean rank	Range (Mdn)				
ON_sum	11.0	0-1 (0)	9.00	0-1 (0)	45.0	0.79	.553	.18
OP_sum	11.4	0-5 (2)	7.80	0-2 (1)	51.0	1.21	.266	.27
SN_sum	11.0	0-3 (1)	9.00	0-2 (0)	45.0	0.69	.553	.15
SP_sum	10.9	0-2 (0)	9.20	0-2 (0)	44.0	0.67	.612	.15
TALD_pos	11.4	0-5 (3)	7.90	0-4 (1)	50.5	1.16	.266	.26
TALD_neg	11.0	0-4 (1)	8.90	0-2 (1)	45.5	0.73	.467	.16
TALD_obj	11.8	0-5 (2)	6.50	0-2 (1)	57.5	1.80	.081	.40
TALD_subj	11.1	0-5 (2)	8.60	0-4 (0)	47.0	0.86	.445	.19

TALD_full	11.7	1-7 (4)	7.00	0-6 (1)	55.0	1.55	.142	.35
PANSS P2	12.5	3-5 (4)	4.40	1-3 (1)	68.0	2.84	.005**	.63
PANSS N6	11.9	1-6 (4)	6.40	1-4 (1)	58.0	1.89	.081	.42

Note. PANSS A9 ≥ 4 = bisarre vrangforestillinger; PANSS A9 ≤ 3 = ikke bisarre vrangforestillinger; ON_sum = objektive negative formelle tankeforstyrrelser; OP_sum = objektive positive formelle tankeforstyrrelser; SN_sum = subjektive negative formelle tankeforstyrrelser; SP_sum = subjektive positive formelle tankeforstyrrelser; TALD_pos = positive formelle tankeforstyrrelser; TALD_neg = negative formelle tankeforstyrrelser; TALD_obj = objektive formelle tankeforstyrrelser; TALD_subj = subjektive formelle tankeforstyrrelser; PANSS P2 = Positive and Negative Syndrome Scale konseptuell desorganisering; PANSS N6 = Positive and Negative Syndrome Scale mangel på spontanitet og flyt i samtale. r = effektstørrelse kalkulert med formelen.

^aEffektstørrelse kalkulert med formelen $\frac{z}{\sqrt{N}}$ (Field, 2018, s. 295).

** $p < .01$ (to-halet test).

Diskusjon

Vårt første formål med denne studien var å undersøke hypotesen om at pasienter med bisarre vrangforestillinger har større grad av formelle tankeforstyrrelser enn pasienter uten bisarre vrangforestillinger. Vi fant støtte for vår hypotese når vi sammenligner objektive positive formelle tankeforstyrrelser (målt med PANSS-8) mellom gruppene. Vårt andre formål var å eksplorere om det kunne være signifikante forskjeller mellom gruppene når vi undersøkte de forskjellige dimensjonene av formelle tankeforstyrrelser (målt i TALD og PANSS-8). Vi fant ikke signifikante forskjeller mellom gruppene når formelle tankeforstyrrelser var målt med TALD totalt sett eller i dimensjonene, heller ikke objektive positive. Med andre ord er det en diskrepans i funnene mellom måleinstrumentene vi har brukt ettersom vi ikke finner den samme forskjellen i positiv objektive i PANSS-8 og TALD.

En av årsakene til dette kan være at PANSS-8 er administrert 2 uker etter innleggelse mens TALD blir administrert over 5-6 uker. Pasienter kommer ofte fra akuttavdelinger og distriktpspsykiatriske sentre (døgnavdelinger/poliklinikk) og det kan være rimelig å anta at symptomtrykket er høyere 2 uker etter innleggelse enn 5-6 uker, ettersom man kan være mer stabilisert og mange kan få bedring ut fra virkning av eventuell medikamentell behandling som

kan utjevne forskjeller på sikt. Antipsykotika har for eksempel effekt på pasienter med mer akutte positive formelle tankeforstyrrelser, mens noen grupper med pasienter ikke har effekt av medisiner på formelle tankeforstyrrelser generelt (Kircher et al., 2018).

Ettersom de objektive positive formelle tankeforstyrrelsene også er de formelle tankeforstyrrelsen som per definisjon er «synlige» for klinikeren kan det også være sannsynlig at pasienter 2 uker etter innleggelse med høyere grad av bisarre vrangforestillinger for eksempel kan være mer tydelig «usammenhengende» i det språklige uttrykket. Man kan tenke seg at de objektive positive formelle tankeforstyrrelsene er mer tilgjengelig for klinisk vurdering for denne gruppen i denne fasen og at kontrasten mellom gruppene er mer tydelig 2 uker etter innleggelse enn den vil være etter 5-6 uker. I eksplorerende analyser kom det også fram at det gjennomsnittlige symptomtrykket målt med PANSS-8 var høyere i gruppen med bisarre vrangforestillinger enn gruppe uten bisarre vrangforestillinger.

Vårt hovedfunn, at de med bisarre vrangforestillinger har flere objektive positive formelle tankeforstyrrelser med, harmonerer med et tidligere funn fra Bentham et al. (1996) som fant en positiv korrelasjon ($r = .51$) mellom bisarre vrangforestillinger og positive formelle tankeforstyrrelser målt med «Comprehensive Assessment of Symptoms and History» (CASH). Spesifikt fant de positive korrelasjoner mellom bisarre vrangforestillinger og de positive formelle tankeforstyrrelsene «derailment» ($r = .46$), «tangentiality» ($r = .55$) og «incoherence» ($r = .60$) (Bentham et al., 1996) som senere også ble tatt med i TALD og kalt fortrinnsvis «avsporing», «assosiativ vandring» og «dissosiert tenkning» (Kircher et al., 2014a). I deres studie var også korrelasjonen mellom formelle tankeforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger høyere enn korrelasjonen mellom vrangforestillinger generelt sett og formelle tankeforstyrrelser (Bentham et al., 1996). Ut ifra hva vi kan finne er det ellers få studier som har undersøkt denne sammenhengen spesifikt og enda færre som har eksplorerte denne problemstilling med dimensjonene i TALD. Et av unntakene er Mutlu et al. (2019) som fant en

positiv korrelasjon ($r = .70$) mellom «uvanlig tankeinnhold» (A9) og formelle tankeforstyrrelser når de brukte PANSS-30 og totalskåren i TALD.

Om vi skal spekulere i en teoretisk sammenheng mellom bisarre vrangforestillinger og objektive positive formelle tankeforstyrrelser kan vi fra et fenomenologisk ståsted generelt tenke oss at de pasientene som har et «innhold» i tenkningen sin som kan klassifiseres som bisarre vrangforestillinger også har en «form» for tenkning fenomenologisk beskrevet som idiosynkratisk, uten retning/intensjonalitet og med et overdrevet fokus på det abstrakte eller det bokstavelige (Bentham et al., 1996; Sass & Parnas, 2017). Grunnlaget for denne «formen» for tenkning eller det Bleuler kalte «løse assosiasjoner» (Bentham et al., 1996; Mortimer et al., 1992) kan være, ut i fra de empiriske funnen oppsummert av Henriksen et al. (2021) og Raballo et al. (2021), at personer schizofrenilidelse er sterkt preget av selvforstyrrelser. Generelt sett er positive objektive formelle tankeforstyrrelser preget av desorganisering språk, løse assosiasjoner og karakterisert av avsporinger/forbispakking i talen (Kay et al., 1987; Kircher et al., 2014a).

Denne retningsløsheten i tenkningen og påfallende fokusering på irrelevante detaljer for det praktiske liv kan forklares fenomenologisk gjennom fasettene introdusert i modellen til Sass og Parnas (2003). Sammenhengen mellom formelle tankeforstyrrelser og selvforstyrrelse støttes av funn fra tidligere forskning, blant annet av Nordgaard og Parnas (2014) og Nordgaard et al. (2021a) som begge fant en positiv sammenheng mellom formelle tankeforstyrrelser og selvforstyrrelse. Det er, ut fra vår viten, ikke gjort studier på sammenhengen mellom bisarre vrangforestillinger og selvforstyrrelser, men man kan spekulere ut fra den empiriske konteksten i feltet, at en mulig tredje variabel her kan være selvforstyrrelser.

Dette blir selvsagt kun en spekulasjon og ikke noe vi kan fastslå ut fra våre data. En høyst mulig alternativ forklaring på våre funn kan for eksempel være hvordan diagnosene er

fordelt mellom gruppene. Både bisarre vrangforestillinger og formelle tankeforstyrrelser er sentrale kjennetegn ved schizofreni (Kircher et al., 2001; Torgersen, 2012). Siden over halvparten av pasientene i gruppen med bisarre vrangforestillinger har en schizofrenidiagnose, er det kanskje ikke rart, eller kanskje til og med forventet, at de vil ha større grad av formelle tankeforstyrrelser enn gruppen uten bisarre vrangforestillinger.

Begrensninger og videre forskning

Vår studie har store begrensninger knyttet til størrelsen på utvalget vårt. Utvalget er lite, og dette kan ha påvirket studiens statistiske styrke, dvs. redusert sjansen for å oppdage en mulig «effekt» i utvalget, og dermed økt sjansen for falskt negative funn (Type II-feil) (Field, 2018, s. 87-90). Dessuten var størrelsen på gruppene (med og uten bisarre vrangforestillinger) skjevfordelt; gruppen med bisarre vrangforestillinger besto av tre ganger så mange deltakere enn gruppen uten bisarre vrangforestillinger. Når utvalget var så lite, og ikke alle typer formelle tankeforstyrrelser var til stede hos alle pasienter, ble også noen av sumskårene små. Med andre ord ble datagrunnlaget lite.

Fremtidig forskning på formelle tankeforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger bør inkludere et større utvalg for å bedre kunne undersøke om det faktisk er en reell effekt, og for å undersøke om det også foreligge forskjeller i objektive negative og subjektive formelle tankeforstyrrelser. Det anbefales også å inkludere et direkte mål på selvforstyrrelse (slik som EASE-skalaen), slik at man eventuelt kan undersøke om selvforstyrrelse modererer en mulig sammenheng mellom formelle tankeforstyrrelser og bisarre vrangforestillinger.

Generelt sett som, som Nordgaard et al. (2021b) også påpeker, burde fenomenologisk orienterte forskere nå også sette søkelys på å produsere empirisk undersøkelser av fenomenene de beskriver og ikke gå i fellen ved å gjenta seg selv i teoretiske avhandlinger.

Konklusjon

I denne studien fant vi indikasjon på at objektive positive formelle tankeforstyrrelser forekommer i større grad hos pasienter med bisarre vrangforestillinger enn pasienter uten bisarre vrangforestillinger, hvorvidt dette også gjelder for objektive negative og subjektive formelle tankeforstyrrelser er til nå uklart. Årsaken bak denne gruppeforskjellen er usikker gitt begrensingene ved utvalget. Om denne effekten er reell eller ikke, og om den er knyttet til selvforstyrrelse, bør undersøkes videre i et større utvalg.

Referanser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-112.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>

Andreasen, N. C. (2008). Thought disorder. I P. J. Clayton & S. H. Fatemi (Red.), *The medical basis of psychiatry* (3. utg., s. 435-443). Humana Press.

https://doi.org/10.1007/978-1-59745-252-6_25

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>

Arantes-Gonçalves, F., Gama Marques, J. & Telles-Correia, D. (2018). Bleuler's Psychopathological Perspective on Schizophrenia Delusions: Towards New Tools in Psychotherapy Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 306-306.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00306>

Bentham, A. M., McKay, A. P., Quemada, I., Clare, L., Eastwood, N. & McKenna, P. J. (1996). Delusions in schizophrenia: a phenomenological and psychological exploration. *Cogn Neuropsychiatry*, 1(4), 289-304.

<https://doi.org/10.1080/135468096396451>

Beumont, P. J. (1992). Phenomenology and the history of psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*, 26(4), 532-545. <https://doi.org/10.3109/00048679209072085>

- Borda, J. P. & Sass, L. A. (2015). Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. *Schizophr Res*, 169(1-3), 464-473.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.024>
- Bovet, P. & Parnas, J. (1993). Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull*, 19(3), 579-597. <https://doi.org/10.1093/schbul/19.3.579>
- Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171, 502-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.502>
- Cardno, A. G., Jones, L. A., Murphy, K. C., Asherson, P., Scott, L. C., Williams, J., Owen, M. J. & McGuffin, P. (1996). Factor analysis of schizophrenic symptoms using the OPCRIT checklist. *Schizophrenia Research*, 22(3), 233-239.
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(96\)00060-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(96)00060-6)
- Carpenter, W. (2013). How the Diagnosis of Schizophrenia Impeded the Advance of Knowledge (and What to Do About It). I *Schizophrenia* (s. 49-62). the MIT Press.
<https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262019620.003.0003>
- Cermolacce, M., Sass, L. & Parnas, J. (2010). What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull*, 36(4), 667-679. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq001>
- Cohen, A. S. & Davis, T. E. (2009). Quality of life across the schizotypy spectrum: findings from a large nonclinical adult sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 408-414.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.002>
- Correll, C. U. & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Dahl, A. A. (2017). *Vrangforestillinger*. Cappelen Damm akademisk.
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G. & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis

of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519-532.

<https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4>

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. utg.). SAGE.

Fox, H. A. (1981). The DSM-III concept of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 138, 60-63.

<https://doi.org/10.1192/bjp.138.1.60>

Gardsjord, E. S., Romm, K. L., Friis, S., Barder, H. E., Evensen, J., Haahr, U., ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., Melle, I. & Rossberg, J. I. (2016). Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 172(1-3), 23-28.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.034>

Gilman, S. L. (1983). Why is schizophrenia "bizarre": An historical essay in the vocabulary of psychiatry. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 19(2), 127-135.

[https://doi.org/10.1002/1520-6696\(198304\)19:2%3C127::aid-jhbs2300190203%3E3.0.co;2-8](https://doi.org/10.1002/1520-6696(198304)19:2%3C127::aid-jhbs2300190203%3E3.0.co;2-8)

Goldman, D., Hien, D. A., Haas, G. L., Sweeney, J. A. & Frances, A. J. (1992). Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 149(4), 494-499.

<https://doi.org/10.1176/ajp.149.4.494>

Heinimaa, M. (2002). Incomprehensibility: the role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions. *Med Health Care Philos*, 5(3), 291-295.

<https://doi.org/10.1023/a:1021164602485>

Helle, S., Ringen, P. A., Melle, I., Larsen, T.-K., Gjestad, R., Johnsen, E., Lagerberg, T. V., Andreassen, O. A., Kroken, R. A., Joa, I., ten Velden Hegelstad, W. & Loberg, E.-M. (2016). Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia

- spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). *Schizophrenia Research*, 170(1), 217-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.027>
- Henriksen, M. & Parnas, J. (2017). Clinical Manifestations of Self-disorders in Schizophrenia Spectrum Conditions. *Current Problems of Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1515/cpp-2017-0014>
- Henriksen, M. G. & Parnas, J. (2012). Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 657-660. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs033>
- Henriksen, M. G., Raballo, A. & Nordgaard, J. (2021). Self-disorders and psychopathology: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 1001-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00097-3)
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*, 12(3), 271-287. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky>
- Jeronimo, J., Queiros, T., Cheniaux, E. & Telles-Correia, D. (2018). Formal thought disorders-Historical roots. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00572>
- Johannessen, J. O. (2002). Schizophrenia--incidence and significance. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(20), 2011-2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555448>
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9(1), 21-28. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x>
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

- Kean, C. (2009). Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034-1036. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp043>
- Kendler, K. S. (2016). Phenomenology of Schizophrenia and the Representativeness of Modern Diagnostic Criteria. *JAMA Psychiatry*, 73(10), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1976>
- Kircher, T., Brohl, H., Meier, F. & Engelen, J. (2018). Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *Lancet Psychiatry*, 5(6), 515-526. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30059-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30059-2)
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., Fahrmann, P., Hornig, T., Katzev, M., Grosvald, M., Muller-Isberner, R. & Nagels, A. (2014a). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1), 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., Fahrmann, P., Hornig, T., Katzev, M., Grosvald, M., Muller-Isberner, R. & Nagels, A. (2014b). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>
- Kircher, T. T. & Thienel, R. (2005). Functional brain imaging of symptoms and cognition in schizophrenia. *Prog Brain Res*, 150, 299-308. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50022-0](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50022-0)
- Kircher, T. T. J., Liddle, P. F., Brammer, M. J., Williams, S. C. R., Murray, R. M. & McGuire, P. K. (2001). Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia: Preliminary findings from a functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 769-774. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.769>

- Kirchner, S. K., Roeh, A., Nolden, J. & Hasan, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *npj Schizophrenia*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
- Kring, A., M. & Smith, D., A. (2021). Schizophrenia. I L. G. Castonguay, T. F. Oltmanns & A. P. Lott (Red.), *Psychopathology: From science to clinical practice* (2. utg., s. 316-344). The Guilford Press.
- Kuperberg, G. R. (2010). Language in schizophrenia part 1: An introduction. *Language and Linguistics Compass*, 4(8), 576–589. <https://doi.org/10.1111/j.1749-818X.2010.00216.x>
- Kvig, E. I. & Nilssen, S. (2014). Epistemologi og psykiatriske diagnoser: Nødvendigheten av en fenomenologisk forståelse av psykotisk bevissthet. [Epistemology and psychiatric diagnosis: The necessity of a phenomenological understanding of psychotic consciousness.]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 729-737.
- Lichtermann, D., Karbe, E. & Maier, W. (2000). The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(6), 304-310. <https://doi.org/10.1007/s004060070005>
- Malt, U. (2019, 17. desember). hallusinasjon. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/hallusinasjon>
- Malt, U. (2020, 17. juni). schizotyp lidelse. I *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/schizotyp_lidelse
- Malt, U. (2021, 30. mars). vrangforestillinger. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/vrangforestillinger>
- Malt, U. & Røssberg, J. I. (2020, 4. mai). schizofreni. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/schizofreni>

McGrath, J., Saha, S., Chant, D. & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 30, 67-76.

<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>

Messas, G., Tamelini, M., Mancini, M. & Stanghellini, G. (2018). New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment. *Front Psychiatry*, 9, 466. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00466>

Moller, P. (2005). Schizophrenia and the self--existential perspectives on comprehension and evaluation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125(8), 1022-1025.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15852077>

Mortimer, A. M., McKenna, P. J. & Lund, C. A. (1992). Loosening of association, thought disorder and delusions. *Schizophrenia Research*, 6(2), 169.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0920-9964\(92\)90271-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0920-9964(92)90271-6)

Moscarelli, M. (2020). A major flaw in the diagnosis of schizophrenia: what happened to the Schneider's first rank symptoms. *Psychological Medicine*, 50(9), 1409-1417.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720001816>

Mutlu, E., Abaoglu, H., Bariskin, E., Gurel, S. C., Ertugrul, A., Yazici, M. K., Aki, E., Yagcioglu, A. E. A., Id & Mutlu, E. O. h. o. o. (2021). The cognitive aspect of formal thought disorder and its relationship with global social functioning and the quality of life of in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, (Pagination). <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02024-w>

Mutlu, E., Yazici, M. K., Bariskin, E., Ertugrul, A., Gurel, S. C., Gurkan, S., Goka, E. & Yagcioglu, A. E. A. (2019). Examination of formal thought disorder and its clinical correlates with the Turkish Version of the Thought and Language Disorder Scale

(TALDTR) in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 7-13.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.003>

Nagels, A., Cabanis, M., Oppel, A., Kirner-Veselinovic, A., Schales, C. & Kircher, T. (2018).

S-ketamine-induced NMDA receptor blockade during natural speech production and its implications for formal thought disorder in schizophrenia: A pharmaco-fMRI study. *Neuropsychopharmacology*, 43(6), 1324-1333.

<https://doi.org/10.1038/npp.2017.270>

Nelson, B., Parnas, J. & Sass, L. (2014). Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in

Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 40.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034>

Nilstun, C. (2018). *Bisarr*. Store Norske Leksikon. Hentet 27.9.21 fra <https://snl.no/bisarr>

Nordgaard, J., Gravesen-Jensen, M., Buch-Pedersen, M. & Parnas, J. (2021a). Formal

Thought Disorder and Self-Disorder: An Empirical Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640921>

Nordgaard, J., Henriksen, M. G., Jansson, L., Handest, P., Møller, P., Rasmussen, A. R.,

Sandsten, K. E., Nilsson, L. S., Zandersen, M., Zahavi, D. & Parnas, J. (2021b).

Disordered Selfhood in Schizophrenia and the Examination of Anomalous Self-Experience: Accumulated Evidence and Experience. *Psychopathology*, 54(6), 275-

281. <https://doi.org/10.1159/000517672>

Nordgaard, J. & Parnas, J. (2014). Self-disorders and the schizophrenia spectrum: A study of

100 first hospital admissions. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1300-1307.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt239>

Norsk Helseinformatikk. (2021, 19. april). *Schizofreni - omfang og betydning*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/>

- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. & Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/916198>
- Opler, M. G. A., Yang, L. H., Caleo, S. & Alberti, P. (2007). Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: Preliminary findings. *BMC Psychiatry*, 7(35), 7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-35>
- Parnas, J. (2011). A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1121-1130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr081>
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE-scale (Examination of Anomalous Self-Experience). *Psychopathology*, 38, 236-258. <https://doi.org/10.1159/000088441>
- Pulay, A. J., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Saha, T. D., Smith, S. M., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Hasin, D. S. & Grant, B. F. (2009). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Schizotypal Personality Disorder. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(2), 53-67. <https://doi.org/10.4088/pcc.08m00679>
- Raballo, A., Poletti, M., Preti, A. & Parnas, J. (2021). The Self in the Spectrum: A Meta-analysis of the Evidence Linking Basic Self-Disorders and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 1007-1017. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa201>
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Rapaport, D., Gill, M. & Schafer, R. (1945). *Diagnostic psychological testing, Vol. 1*. Year Book Publishers. <https://doi.org/10.1037/10834-000>

- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D. & Clarke, M. (2015). The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophr Bull*, 41(4), 951-962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>
- Sass, L. & Parnas, J. (2017). Thought Disorder, Subjectivity, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 497-502. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx032>
- Sass, L., Parnas, J. & Zahavi, D. (2011). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18, 1-23. <https://doi.org/10.1353/ppp.2011.0008>
- Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophr Res*, 152(1), 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017>
- Sass, L. A. & Borda, J. P. (2015). Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Secondary factors. *Schizophr Res*, 169(1-3), 474-482. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.025>
- Sass, L. A. & Byrom, G. (2015). Self-Disturbance and the Bizarre: On Incomprehensibility in Schizophrenic Delusions. *Psychopathology*, 48(5), 293-300. <https://doi.org/10.1159/000437210>
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*, 29(3), 427-444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Shinn, A. K., Heckers, S. & Ongur, D. (2013). The special treatment of first rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res*, 146(1-3), 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.040>
- Språkrådet. (2021). *Bokmålsordboka*. Hentet 27.9.21 fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=Bisarr&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge

- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry*, 197(5), 386-394. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076489>
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*, 150(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- Torgersen, S. (2012). Paranoid schizofreni, paranoide psykoser og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 132(7), 851-852. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0318>
- Wong, A. H. C. & Van Tol, H. H. M. (2003). Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(3), 269-306. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00035-6](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00035-6)
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10. utg.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- World Health Organization. (2021). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11. utg.).