

Erik Simonsen

Hvad er psykose?

**En lille bog om tidlige tegn,
psykoseformer, hjælp
og behandling**



Erik Simonsen er psykiater, Professor Emeritus ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet og overlæge i forskningsenheden i Roskilde. Erik Simonsen blev ansat i 1991 som ledende overlæge ved 'Fjorden' i Roskilde, senere forskningschef i Psykiatrien i Region Sjælland 2007-2022. Under ansættelsen på Fjorden indledte han sin forskning i tidlig opsporing af psykoser, senere udvidet med forskning i borderline og ADHD. Han er forfatter til en lang række udenlandske og danske lærebøger, bl.a. redaktør af Grundbog i Psykiatri med professor Bo Møhl og folkeoplysning gennem bøger udgivet af Psykiatrifonden.

Tidlig
Opsporing
af Psykose



REGION
SJÆLLAND
- vi er til for dig



Udgiver: Region Sjælland

Udgivet: Maj 2026

Redaktion: Erik Simonsen, Line Kildegaard Groot, Marlene Buch Pedersen

Design: StudioFrost

Illustrationer: Louise Huus

Tryk: Glumsø Grafisk

Oplag: 1. version, 1. oplag

ISBN: 978-87-93639-30-0

Indhold

Forord	4
KAPITEL 1 Hvad er forskellen på psykisk mistrivsel og psykisk sygdom?	6
KAPITEL 2 Hvad er psykose?	
KAPITEL 3 De tidlige tegn på psykose og varigheden af ubehandlet psykose	16
KAPITEL 4 De forskellige former for psykoser	24
Mathildes fortælling	40
KAPITEL 5 Sårbarhed/stress-modellen og sygdomsforståelse	42
KAPITEL 6 At hjælpe som pårørende	50
KAPITEL 7 Behandlingen ved psykose	56
Mettes fortælling	70
KAPITEL 8 De pårørendes situation og følelser	72
KAPITEL 9 Recovery	80
TOP – Tidlig Opsporing af Psykose	86
Yderligere information	87

Forord

Ved overgangen mellem et ungdoms- og voksenliv er det ofte drømmen om uddannelse, arbejde og kæresteforhold, der fylder. Når psykose opstår, vender det op og ned på livet. Naturligvis for den, der oplever psykosen, men også de mange der holder af vedkommende. Alle har brug for at forstå, hvad der sker, og mange føler sig magtesløse, fordi de mangler viden og erfaringer med, hvad de kan og bør gøre i en så udfordrende situation.

Denne lille bog er skrevet til jer, der har psykose tæt inde på livet. Vi forsøger her at give et indblik i de forskellige former for psykose og dele ud af viden, der kan hjælpe i de nære omgivelser. Bogen giver viden om psykose og behandling og har fokus på den vigtige proces med at komme sig – recovery – og på hvordan man som pårørende kan støtte og få støtte.

En tidlig indsats hjælper

Region Sjælland etablerede i 2012 et særligt tilbud, der skulle komme mennesker med psykose og de pårørende i møde gennem åbenhed og dialog tidligt i forløbet. Tilbuddet har eksisteret siden dengang og består af et opsporingsteam, som skal sikre let adgang til hjælp. Konkret er der tale om en telefonlinje, hvor man som borger kan ringe gratis og anonymt til specialuddannede sygeplejersker, hvis man har mistanke om tidlige tegn på psykose hos sig selv eller hos en, man kender. Hvis mistanken bliver bekræftet i telefonsamtalen, får man tilbudt undersøgelse så hurtigt som muligt. Hvis ikke får man rådgivning om andre muligheder for hjælp. Dette tilbud var ved oprettelsen det eneste af sin art i Danmark og blev døbt TOP – Tidlig Opsporing af Psykose.

Baggrunden for TOP var ny viden om, hvor vigtig tidlig opsporing af psykose er for både den, der bliver ramt af psykosen, samt for de pårørende og samfundet som helhed. Den viden opstod som resultat af et forskningssamarbejde mellem psykiatriske afdelinger i Roskilde, Oslo og Stavanger (TIPS-projektet). Projektet understregede, at den tidligere opsporing både gav resultater på kort sigt med mindre udtalte symptomer ved behandlingsstart, men også på lang sigt med bedre mulighed for at komme sig – både i forhold til symptomer men også i forhold til oplevelsen af at leve et meningsfuldt liv både mentalt og socialt.

Forskningsprojektet viste også, at en øget bevidsthed i befolkningen om sygdommen, om forebyggelse og muligheder for tidlig hjælp er vigtig; en øget bevidsthed kan hjælpe til at flere får den rette hjælp tidligere. Vores håb er, at bogen her kan bidrage til dette.

Bogen er en revideret og opdateret udgave af den oprindelige version fra 2010. Den kan anvendes som opslagsværk eller læses i sin helhed.

Bagerst har vi samlet henvisninger til hjemmesider med yderligere information om medicin og dens virkninger og bivirkninger, andre behandlingsformer eller uddybning af sociale tilbud. Særlig fagligt interesserede kan finde de vigtigste videnskabelige publikationer fra TIPS- og TOP-projekterne via www.tophotline.dk.

En stor tak til de mennesker, der her i pjecen med personlige beretninger har givet deres perspektiv på psykoser, som de selv har gennemlevet.

En særlig tak til Marlene Buch Pedersen, Anne Mette Billekop, Anne Petersen og Line Kildegaard Groot, der hver især har bidraget med forslag til tekst og redaktion af stoffet.

Erik Simonsen, *Professor Emeritus, overlæge, Forskningsenheden, Psykiatrien Øst, Region Sjælland.*

Maj 2026

KAPITEL 1

Hvad er forskellen på psykisk mistrivsel og psykisk sygdom?



De fleste kender og bruger ordet psyke. Vi bruger f.eks. ofte vendingen: hvordan har du det psykisk? Men psyken er en meget mere vanskelig størrelse at forholde sig til end vores fysiske krop. Til psyken hører vores følelsesliv med alle dets nuancer som glæde, lyst, frygt, raseri, vrede, smerte og sorg, men også vores tanker, vores evner til at forholde os til andre mennesker, en følelse af at have en selvstændig identitet, sætte sig mål i livet og magte at handle derefter.

I dag er det blevet mere almindeligt at bruge ordet psykisk mistrivsel. Det kan dække over mange forskellige og varierende grader af f.eks. tristhed, ensomhed, stress, bekymringer, uro og søvnproblemer. Mistrivsel kan f.eks. give anledning til problemer med indlæring i skole- og udviklingsforløb, herunder f.eks. skolevægring. Senere i livet kan psykisk mistrivsel få betydning i forhold til manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller begyndende misbrug og kriminalitet. Konsekvensen kan også være dårlig egenomsorg, som kan give anledning til fysiske sygdomme og dårlig nattesøvn. Hvis mistrivsel er tilbagevendende og mere intens, vil der ofte være brug for professionel hjælp. *Ved længerevarende funktionstab i dagligdagen bliver overgangen mellem mistrivsel og psykiatrisk diagnose et aktuelt spørgsmål.* Det bliver relevant at afklare, om der er behov for støtte fra forældre, pædagoger/lærere eller en diagnostisk udredning og evt. behandling eller kommunale tilbud.

Alle har vi det til fælles, at vi på et eller andet tidspunkt kommer til at lide psykisk, f.eks. i forbindelse med tab af nærtstående eller i forbindelse med svær fysisk sygdom. I nogle tilfælde bliver sorgen til depression. Følelsen af nedtrykthed kan gå over i manglende selvværd, skyldfølelse og manglende initiativ. Mennesket er gået helt i stå og en egentlig psykisk sygdom har udviklet sig. Dvs. *psykisk sygdom er, når svære symptomer har varet ved i længere tid og forhindrer én i at få hverdagen til at fungere.* Man har brug for behandling, og her kommer psykiatrien ind i billedet som det behandlingssystem, samfundet har betroet opgaven at hjælpe bedringen på vej.

Psykiatri er den del af lægevidenskaben, som beskæftiger sig med psykiske lidelser. Psykiatrien arbejder med angstlidelser, depressioner, spiseforstyrrelser, alkohol- og stofmisbrug og mange andre former for psykiske lidelser – herunder også psykoser.

I dag ved man, at psykoser opstår som følge af en kombination af biologiske, psykologiske og sociale påvirkninger – i modsætning til tidligere tiders teorier, der hævdede, at psykoser opstod som følge af udelukkende biologiske, psykologiske *eller* sociale forhold.

Den forståelse har vundet frem med den såkaldte sårbarhed/stress-model. Den forudsætter, at alle mennesker er udstyret med en vis grad af sårbarhed, der under særlige forhold (stress/belastning) kan komme til udtryk som en psykose. Graden af sårbarhed er formet af ens biologi, oplevelser og erfaringer gennem livet samt f.eks. de levevilkår man har. Psyken er altså en meget dynamisk størrelse. Sårbarheden har ikke indgribende betydning, før man bliver tilstrækkelig belastet, og der udløses en psykose. Har man en meget sårbar psyke, skal der mindre til at udløse en psykose.

Langt flere kommer sig fuldstændig efter en psykose end tidligere antaget. Tidligere undersøgte man udelukkende forløbet af psykoser hos patienter, som opholdt sig på et psykiatrisk hospital det meste af livet, men i dag ved forskere og behandlere fra mere 'repræsentative' grupper af patienter, at psykoser ikke er kroniske lidelser. Forløbet kan variere fra, at man bliver rask efter få ugers behandling og ikke senere får nye psykoser, til tilfælde hvor man resten af livet må lære at leve med psykosen. Den dansk/norske undersøgelse TIPS viste i 2012, at halvdelen af de mennesker, som ti år forinden havde deres første psykose, ikke havde haft tegn på psykose inden for det seneste år.

KAPITEL 2

Hvad er psykose?



Behandlere bruger ordet psykose til at beskrive tilstande, hvor mennesket har *mistet kontakten med virkeligheden* og lider under en række *vrangforestillinger* eller *forvrængede sanseoplevelser*. Psykose er som at drømme i vågen tilstand.

Fordi en psykose opstår i et samspil mellem psykologiske, sociale og biologiske forhold, kan psykose ikke bestemmes eller diagnosticeres som en bestemt, afgrænset biologisk skade i hjernen eller en udviklingsforstyrrelse.

Nogle mennesker med psykose søger at skjule ændringer i deres måde at opleve sig selv og omverdenen på. Omgivelserne vil dog gennem adfærden ofte kunne spore symptomer og se en adfærd, der tyder på, at vedkommende oplever en psykose. Psykose kan f.eks. komme til udtryk ved nye vaner, nye måder at bevæge sig på, en anderledes ansigtsmimik (f.eks. et forskræmt udtryk), samtale med usynlige personer eller at der er vendt rundt på dag og nat. I nogle tilfælde vil der dog slet ikke være nogle ændringer at se udadtil hos mennesker med psykose.

I de tidlige stadier af en psykose vil symptomerne være vage og på den måde sværere at opdage. Ved samtale med den berørte, vil man kunne fornemme, at den begyndende psykose kan give nogle særlige sanseoplevelser (stemmer eller syner). Der kan også være begyndende oplevelser af at forstå verden på en særlig måde, blive overvåget eller at have en særlig indsigt.

Et menneske med psykose oplever ofte ikke selv, at forandringer i oplevelser, tanker og måder at forholde sig til andre på, er symptomer på psykisk sygdom. Psykosen rammer netop menneskets evne til at skelne virkeligt fra uvirkeligt, så den psykotiske oplever ofte sin virkelighed som 'den objektive eller rigtige' virkelighed. Det kan føre til frustrationer, når andre ikke erkender det samme som én selv. Man vil ofte opleve, at det menneske, der har en psykose, ikke formulerer sig logisk og forståeligt, men i tankerne hos den psykotiske giver det me-

ning. Man vil også ofte opleve, at den, der er psykotisk, har svært ved at koncentrere sig om at holde en naturlig kontakt med andre eller føre en almindelig samtale. Denne manglende erkendelse af at have en psykisk sygdom eller forskellige virkelighedsopfattelse vanskeliggør, at behandling kan komme i gang, og det kan føles magtesløst at være pårørende (se også s. 34 om manglende sygdomserkendelse).

BOKS 1 · DE TYPISKE SYMPTOMER VED PSYKOSE:

- usammenhængende tankegang
- vrangforestillinger (falske, usandsynlige opfattelser af virkeligheden)
- hallucinationer (falske sanseoplevelser)
- påfaldende ændret følelsesliv og adfærd

De psykotiske symptomer varierer fra menneske til menneske og afhænger af mange forhold bl.a. køn, alder, arvelig disposition, kulturel baggrund, fase af sygdommen og sygdommens art. Alle symptomer har dog det til fælles, at de forårsager en forvrænget opfattelse af virkeligheden.

En befolkningsundersøgelse på Lolland-Falster (LOFUS) fandt, at 6 pct. af de voksne deltagere havde oplevet en eller flere psykoseliggende symptomer. Det er imidlertid intensiteten, varigheden, nærmere beskrivelse af selve oplevelsen samt vurdering af symptomerne indgriben og de sociale konsekvenser, der afgør, om der er tale om en behandlingskrævende psykose. Dette kræver en professionel vurdering.

Psykosen påvirker mange af psykens funktioner, og de forskellige symptomer involverer så komplicerede mekanismer som: sansning, informationsbearbejdning, tankeprocesser, følelsers intensitet og nuancer, koncentration, indlæring og hukommelse, abstraktionsevne, indsigt og overblik samt motoriske funktioner.

Også graden af psykose kan variere meget. Fra svage tegn som social tilbagetrækning eller en tendens til at mistolke, hvad der sker i omgivelserne, til en påfaldende adfærd, hvor den psykotiske gennem høre-hallucinationer bliver dikteret af sine stemmer til at gøre sære ting og f.eks. råber op for at dæmpe de påtrængende stemmer. Der kan også være forestillinger om forfølgelse eller tanker om, at et komplot vil én til livs. Det kan være en meget voldsom 'virkelighed' at leve i.



Hvordan oplevede du din første psykose?

Jeg vidste ikke, det var en psykose på det tidspunkt. Det føltes som virkelighed, da jeg hørte de første stemmer. Til at starte med lagde jeg ikke mærke til ordene, jeg ledte i stedet efter 'støj-kilden'. Jeg var overbevist om, at nogen havde gemt en radio eller walkie-talkie på mit værelse for at lave sjov med mig.

Jacob

Jeg oplevede det lidt som en drømmeverden. Ret angstprovokerende, fordi jeg var i tvivl om grænsen imellem, hvad der var virkeligt, og hvad der ikke var. Det var en grænseløs, livstruende oplevelser, der var meget skræmmende, for jeg oplevede at miste mig selv.

Mai

KAPITEL 3

De tidlige tegn på psykose og varigheden af ubehandlet psykose



En hurtig indsats er vigtig, så den, der er psykotisk, kan få hjælp, inden problemerne hober sig op.

På den måde adskiller psykoser sig ikke fra andre typer af sygdomme som sukkersyge, forhøjet blodtryk og kræft. Alle disse sygdomme har det til fælles, at jo kortere tid sygdommen får lov til at være ubehandlet, jo bedre vil prognosen være (sandsynligheden for at få det bedre på længere sigt).

Den norsk-danske undersøgelse om psykoser TIPS har f.eks. påvist, at tidlig opsporing, der mindsker varigheden af ubehandlet psykose, fører til mindre selvmordsadfærd, færre psykotiske symptomer og overordnet bedre livskvalitet. Undersøgelsen viste også, at en kortere varighed af psykose og færre psykotiske symptomer kan have betydning for den sociale funktion på lang sigt.

En psykose kan udvikle sig over kortere eller længere tid. Derfor er det vigtigt at være opmærksom og ikke ignorere adfærdsændringer, der kan være tegn på en begyndende psykose. Alle mennesker forandrer sig gennem livet; vi modnes gennem erfaringer, og vi forsøger at tilpasse os nye krav og udfordringer. Det gælder os alle – også før og efter man har oplevet en psykose – men hvis man ser en pludselig og stor forandring i den måde, et menneske fungerer på, og hvis den ændring ikke umiddelbart kan forklares, kan der være grund til at være opmærksom på evt. psykotisk udvikling. I Region Sjælland vil man kunne ringe til TOP og få sparring om tidlige tegn på psykose. (Læs mere om TOP på s. 86).

Mennesker er født med forskelligt temperament, og vi har hver vores egen livshistorie, som er med til at forme vores personlighed og dermed også en forskellig sårbarhed for sygdom. Når vi taler om forandring, vil udgangspunktet for hver enkelt person være vidt forskelligt. Hvis den energiske og udadvendte bliver mere tavs og indelukket, vil det være mere påfaldende, end hvis den i forvejen tavse og tænksomme bliver mere verdensfjern.

Mennesker kan også komme ud for pludselige ubehagelige oplevelser, f.eks. en ulykke, katastrofe, sygdom, tab af ven eller familiemedlem. Sådanne *traumatiske kriser* forandrer os som regel for en tid, hvorefter vi vender tilbage til vores 'normale' jeg. Enkeltstående traumatiske oplevelser kan ikke i sig selv være årsag til f.eks. skizofreni, men det kan være en udløsende faktor for udvikling af en psykotisk episode eller sammen med andre risikofaktorer – som f.eks. misbrug – indgå i et samspil af årsager til psykosen. Mennesker med psykose har ofte flere barndomstraumer end resten af befolkningen. Vi ved endnu ikke hvorfor, og hvad dette betyder, men vi ved, at forskellige grader af belastning kan føre til en øget sårbarhed.

Når et menneske er blevet psykotisk, er der indtrådt en alvorlig forandring. Den psykotiske kan ofte ikke fungere socialt – hverken i almindelig omgang med andre mennesker eller i uddannelse eller arbejde – kan måske ikke forvalte sin egen økonomi eller klare dagligdagens fornødenheder med mad og drikke, hygiejne o.l. Forandringerne er forårsaget af psykosetilstanden. Den pågældende har nu brug for hjælp til at få stillet en diagnose og iværksat en behandling. Oversigten på s. 20-21 viser eksempler på tidlige tegn på, at en psykose er under udvikling. Det er også muligt at læse mere om tidlige tegn på www.tophotline.dk.

De færreste vil opleve alle tidlige tegn.

Det er som sagt vigtigt, at varigheden af den periode, hvor mennesket er psykotisk, bliver reduceret mest muligt. Og lige som det er vigtigt at komme tidligt i behandling, når psykosen er brudt ud, er det vigtigt at søge hurtig behandling ved tegn på tilbagefald.

Almindeligvis er symptomerne på tilbagefald de samme som ved psykosens første udbrud.

TIDLIGE TEGN PÅ PSYKOSE



Trang til at isolere sig

Føler mindre lyst til at være sammen med andre, og kontakten til andre kan virke overvældende



Udfordringer med søvn og døgnrytme

Har svært ved at falde i søvn om aftenen og vågner ofte, eller sover om dagen og er vågen om natten, og undgår derved kontakt med andre.



Tiltagende tristhed

Bliver mere og mere trist og opgivende. Besvær med at se det positive i livet og håbe på, at det bliver bedre.



Hører og mærker ting, andre ikke gør

Oplever at høre underlige lyde, har en oplevelse af, at der er nogen til stede, selv om der ikke er nogen.



Overvældende angst

Oplever en uforklarlig voldsom angst, som overvælder



Kaotiske tanker

Oplever, at tanker farer rundt i hovedet. Besvær med at tænke tingene igennem, uden at der hele tiden kommer nye tanker.



Koncentrationsbesvær

Har sværere og sværere ved at koncentrere sig om selv dagligdags ting, f.eks. besvær med at læse eller følge med i TV.



Ser ting, andre ikke gør

Oplever at se flygtige syner, eller at tingene ser forvrængede ud. Har en oplevelse af, at der er nogen til stede, selv om der ikke er nogen.



Forsømmer hygiejne, job, skole eller praktiske opgaver

Kan ikke overkomme dagligdagens opgaver såsom at stå op og komme i bad, komme af sted i skole eller på job, få betalt regninger, købt ind eller gjort rent.



Snakker usammenhængende

Snakker på en måde, så andre har svært ved at få hoved og hale på det sagte. Det kan forstyrre forholdet til andre.



Føler sig forfulgt eller styret af andre

Føler at andre taler nedværdigende eller føler, at andre lægger specielt mærke til vedkommende.



Store humørsvingninger

Stemningen skifter ofte mellem at være enten højt oppe eller trist og opgivende eller irriteret og opfarende.



Ekstremt optaget af temaer som død og religion

Oplever at de store spørgsmål i livet som f.eks. meningen med livet, døden, religiøse emner eller politik fylder så meget, at det bliver problematisk i dagligdagen i forhold til venner og familie.



Hører stemmer

Hører sine egne tanker som en stemme inde i hovedet, eller stemmer som kommer udefra. Stemmerne kan ofte være ubehagelige.



Hvordan oplevede du den første psykose?

De tidlige tegn har helt sikkert været der, men min viden var ikke god nok til at spotte dem. Det startede langsomt ... han orkede ikke så meget i skolen og blev fritaget fra visse ting ... han vidste heller ikke selv, hvad der var galt. Han oplevede at se ting, der ikke var der, men gik med det selv. Han vidste jo ikke, hans virkelighed var anderledes end andres. Det kom jo også samme tid som løsrivelsen som teenager. Den periode giver jo konflikter og ny adfærd, så det var svært at se, om det var noget han ikke kunne eller noget han ikke gad. I 9. klasse startede det med at gå rigtigt hurtigt ned ad bakke. Man kan ikke sige, jeg opdagede psykosen – den sprang som en bombe. Han gik fra at være normalt fungerende, til overhovedet ikke at kunne noget som helst.

Flemming, pårørende



Hvordan oplevede du de tidlige tegn på, at du var ved at få psykose?

Min psykose sneg sig pludseligt frem, så jeg registrerede ikke de tidlige tegn. Set i bakspejlet sov jeg kun lidt, var meget flyvsk og filosofisk, var meget glad.

Mads

Når jeg lukkede øjnene, flød alt i et med rummet. Jeg kunne mærke, at jeg var ved at miste mig selv. Det var en følelse af, at alt var uoverskueligt.

Mai

KAPITEL 4

De forskellige former for psykoser



Psykose er en overordnet fællesbetegnelse for en række psykiske tilstande, som har meget forskellige årsager, behandling og forløb.

Diagnosen bliver stillet efter en grundig psykiatrisk undersøgelse, gerne efter to-tre samtaler med en psykiater eller specialpsykolog. I de fleste tilfælde bliver det psykiatriske interview suppleret med en psykologisk undersøgelse og ved mistanke om evt. fysiske årsager desuden med scanning af hjernen. Der vil altid indgå en almindelig fysisk (og evt. neurologisk) undersøgelse i udredningen. Elektrokardiogram og almindelige blodprøver er også fast rutine for at udelukke fysiske årsager. Når fysiske årsager er udelukket og misbrug af rusmidler ligeså, vil psykiateren på baggrund af symptomernes udvikling og art afgøre, om der er tale om en akut forbigående psykose, skizofreni, paranoid psykose, bipolar eller anden 'affektiv' lidelse (se overblik over de forskellige former for psykose i boks 2 og nærmere beskrivelser på de følgende sider).

Diagnoser er arbejdsredskaber. Hensigten med en diagnose er at finde den rette behandling. Virkeligheden for den enkelte er dog langt mere kompliceret, end hvad en diagnose kan udtrykke. Diagnoser er i bedste fald retningsgivende for behandling, men de kan også være unødigt indskrænkende eller i værste fald stigmatiserende.

BOKS 2 · **DE FORSKELLIGE FORMER FOR PSYKOSER**

Organiske psykoser (s. 27)

Stof- og abstinenspsykoser (s. 27)

Akutte korterevarende psykoser (s. 29)

Skizofreni (s. 29)

Paranoide psykoser (s. 38)

Bipolare: Psykotisk mani og psykotisk depression (s. 38)

Organiske psykoser

En række forskellige fysiske sygdomme kan give anledning til psykoser:

- Epilepsi, specielt temporal laps epilepsi
- Følger efter traume (her i betydningen fysisk skade i hjernen/hovedskade)
- Hjernetumor
- HIV-infektion
- Hjernebetændelse
- Forstyrrelser i hormonkirtlerne
- Vitaminmangel
- For lavt sukkerindhold i blodet
- Dehydrering

Ved den første udredning bliver det på baggrund af det psykiatriske interview og de ledsagende laboratorieundersøgelser overvejet, om årsagen til psykosen kan være af fysisk karakter. Er det tilfældet vil behandlingen naturligvis rette sig mod dette.

Stof- og abstinenspsykoser

Alkohol- og stofmisbrug hører til psykiske lidelser, og der vil i forskellige situationer kunne opstå psykoser i tilslutning til misbruget (Se også boks 3, s. 28, om årsager til stof- og abstinenspsykoser):

- a. som en 'abstinenspsykose' ved pludseligt ophør efter længere tids daglig storforbrug/misbrug
 - b. som en forgiftningstilstand efter enkel eller gentagen stofindtagelse (for stor dosis)
 - c. som en varig hjerneskade efter mangeårigt misbrug
- b) og c) kaldes almindeligvis for 'stofpsykoser'.

BOKS 3 · **STOF- OG ABSTINENSPSYKOSER**

Årsager til abstinenspsykoser (efter pludseligt ophør)

- alkohol
- nerveberoligende medicin/sovemedicin (benzodiazepiner)

Årsager til stofpsykoser (akut forgiftning eller hjerneskade efter længere tids misbrug)

- cannabinoider (marihuana, hash)
- kokain
- amfetamin
- ecstasy
- hallucinogener (LSD, meskalin)

Ved abstinenspsykoser ses en række fysiske symptomer (sved, rysten på hænderne, øget puls og blodtryk, svigtende nattesøvn, hjertebanken mv.) samt psykosesymptomer som desorientering, synshallucinationer, vrangforestillinger, manglende erkendelse af sygdommen.

Ved stofpsykoser ses de samme psykosesymptomer som ved akutte korterevarende psykoser, paranoide psykoser og skizofreni. Dette er baggrund for, at det efter langvarig og overdreven brug af hash kan være svært at skelne mellem f.eks. skizofreni og hashpsykose. En psykose, der er opstået på baggrund af misbrug af cannabis, øger risikoen for at udvikle skizofreni betragteligt.

Alkoholmisbrug kan give hjerneskader, som fører til psykoser. De kaldes for alkoholpsykoser, oftest med hørehallucinationer, sygelige jalousiforestillinger eller forfølgelsesforestillinger.

Akutte korterevarende psykoser

De akutte korterevarende psykoser varer oftest én-to uger, og de er ofte følger af en traumatisk oplevelse eller en belastende begivenhed. Det kan f.eks. være pludseligt tab af nær pårørende, en uventet operation, en livstruende begivenhed eller en alvorlig krænkelse. De blev tidligere kaldt for reaktive psykoser.

I mange tilfælde er disse psykoser lettere at komme sig fra. Man kan blive rask uden medicinsk behandling, hvis den belastende begivenhed bliver bearbejdet gennem psykoterapi. I nogle tilfælde kan det dog være begyndelsen på en tilbagevendende tilbøjelighed til at få psykoser. De korterevarende psykoser kan have forskellige betegnelser i Sundhedsstyrelsens diagnoselister (udarbejdet af WHO og kaldet ICD-10 – International Classification of Diseases, 10th Edition). Betegnelsen er afhængig af, hvad der er det dominerende symptom: paranoid, polymorf (mangeartede), depressiv eller skizofrenilignende korterevarende psykose.

Tidskriteriet for betegnelsen korterevarende psykose er, at psykosen ikke må have varet mere end én måned. Ved varighed ud over en måned må diagnosen skizofreni, paranoid psykose eller bipolar psykose overvejes.

Skizofreni

Skizofreni er karakteriseret ved en række forskelligartede symptomer, hvor psykotiske symptomer med hallucinationer og vrangforestillinger er de fremtrædende. (De typiske symptomer ved skizofreni fremgår af boks 4, s. 30). Skizofreni er formentlig mange forskellige sygdomme. Mennesker, der får denne diagnose, er meget forskellige, og man skal huske på, at diagnosen blot er en beskrivelse af symptomer og varigheden af disse, men ikke siger noget om forløbet på langt sigt. Forløbet kan veksle fra, at man kommer sig helt, til at man må skabe sig et meningsfuldt liv med vedvarende psykotiske symptomer.

BOKS 4 · **KARAKTERISTISKE SYMPTOMER VED SKIZOFRENI**

- Hallucinationer og vrangforestillinger (psykotiske symptomer)
- Kognitive forstyrrelser, dvs. en svigtende evne til at holde sammen på ord og meninger, vanskeligheder med at koncentrere sig, lære nyt og huske
- Tankeforstyrrelser
- 'Negative' symptomer, dvs. en svigtende evne til at kommunikere, være i kontakt med andre og være aktiv
- Manglende erkendelse af sygdommen
- Ledsagesymptomer som angst, depression og selvmordstanker

Der er også uenighed om, hvilke symptomer der 'hører til' diagnosen skizofreni. I modsætning til mange fysiske lidelser, hvor en diagnose bliver stillet på baggrund af f.eks. en laboratorieprøve eller et røntgenbillede, er skizofrenidiagnosen rent beskrivende: en samling af symptomer, hvis årsag man har meget lidt viden om, men hvor diagnosen er hensigtsmæssig for at kunne tilrettelægge behandlingen.

Hallucinationer og vrangforestillinger

Hallucinationer er sanseoplevelser uden ydre påvirkning (stimulus). Hallucinationen kan opstå inden for alle vores fem sanser: høre-, syns-, lugte-, føle- og smagssansen.

Hørehallucinationer er langt de hyppigst forekommende. Det kan dreje sig om stemmer, som regel ubehagelige stemmer, der henvender sig direkte til den, der hører stemmer: "*du* er en idiot", "*du* burde aflives" og lignende. Som regel er det nedladende eller udskældende sætninger eller ord, der bliver sagt. Stemmerne kan også diskutere med hin-

anden og omtale den psykotiske i tredje person: "*han* er et svin", "*han* er ulækker", osv. Ofte kommenterer stemmerne på adfærd eller gentager tanker. De kan også komme til udtryk som mumlen, hvisken eller blot svært identificerbare lyde som knitren eller støj. Det vigtigste her er at vide, at det er meget belastende, og at det for de fleste med skizofreni opleves som helt reelt, som din og min stemme, noget der virkelig foregår. Det er baggrunden for, at hørehallucinationer somme-tider kan få den, der har psykose, til at lade radioen køre for fuldt drøn (for at overdøve stemmerne), tale meget højt med sig selv, smide fjernsynet ud ad vinduet (stemmerne opleves at komme derfra), eller i sidste ende gøre skade på sig selv.

Andre hallucinationer er mere sjældne, men ikke ualmindelige. Der kan f.eks. være lugt- og smagshallucinationer, gerne i forbindelse med forfølgelsesforestillinger, hvor man tror, at forfølgerne vil forgifte en. Eller føle-/berøringshallucinationer: man kan mærke på kroppen, at nogen rører ved en.

Ved vrangforestillinger opfatter man virkeligheden klart afvigende fra, hvad omgivelserne synes er rimeligt. Det kan også dreje sig om enkeltstående, urokkelige overbevisninger, som ikke deles af personer inden for samme kultur.

Vrangforestillingerne kan tage deres udgangspunkt i forskellige områder af livet (se eksempler på vrangforestillinger i boks 5, s. 32).

Ofte har vrangforestillinger ved skizofreni noget totalt urealistisk eller bizart over sig. Man føler sig f.eks. holdt under observation fra fjerne rumstationer, eller en mikrofon menes indbygget i en kindtand og lignende. Som for hallucinationer gælder det desuden, at man er 100 pct. overbevist om det reelle i forestillingerne, og alle logiske modargumenter preller af eller vendes rundt til, at de er et led i et organiseret system af forfølgelse.

BOKS 5 · EKSEMPLER PÅ VRANGFORESTILLINGER

- Megalomane vrangforestillinger: optaget af egen storhed og magt
- Depressive vrangforestillinger: at være skyld i alverdens ulykker og krige
- Selvhenførende vrangforestillinger: at nogle holder et særligt vågent øje med én
- Forfølgelsesforestillinger: at der er en sammensværgelse eller et komplot i gang med det formål at komme en til livs
- Bizar vrangforestilling: at kroppen ændrer sig, f.eks. at rygsøjlen ligger vandret og består af bøjet neon
- Religiøse vrangforestillinger: f.eks. at være besat af Satan, som har nedkæmpet Gud
- Jalousi: f.eks. at hustruen har en affære med alle mænd, hun har øjenkontakt med
- Derealisation- eller depersonalisationsoplevelse: at omgivelserne er uvirkelige, eller man selv ikke eksisterer

De kognitive forstyrrelser

Ved kognitive funktioner forstås blandt andet evnen til at orientere sig, være opmærksom og kunne koncentrere sig, at læse, regne og tegne, at indlære og huske på kort og langt sigt, at kunne abstrahere og at kunne planlægge og have overblik. Alle disse funktioner kan være svækkede eller forstyrrede ved psykose.

Udover kognitive vanskeligheder kan der også være socialkognitive vanskeligheder, der refererer til vanskeligheder med at forstå og interagere socialt med andre. Det kan være udfordringer med at aflæse andres følelser og hensigter. Både kognitive og socialkognitive vanskeligheder kan medføre besvær med at indgå i relationer samt i uddannelses- og arbejdsliv. Undersøgelser har vist, at ved skizofreni kan der være grund-

læggende kognitive forstyrrelser. Disse udfordringer inddrages i planlægning af behandling og særligt i forbindelse med at vende tilbage til et uddannelses- og arbejdsliv, hvis der er behov for støtte til dette.

Tankeforstyrrelser

Ved *tankeforstyrrelser* forstår behandlere forstyrrelser i patientens oplevelse af den måde tankerne flyder på eller er kædet sammen på (se boks 6 nedenfor).

Mennesker med psykose kan også opleve at være under andres fuldkomne kontrol; at tanker, handlinger, vilje og følelser er helt i andres vold og magt (styringsoplevelser).

Sprog, udtryksformer og ordvalg kan blive uforståeligt, usammenhængende og udflydende, springende og uden indre logik hos den, der er psykotisk. Det kan komme til at indeholde nye, ikke-eksisterende ord (neologismer).

Konsekvensen af tankeforstyrrelserne er naturligvis, at samtale og kommunikation bliver vanskelig, nogle gange næsten umulig. For behandlere og pårørende gælder det imidlertid om at forsøge at forstå, hvad det er, den psykotiske prøver at fortælle. Det er afgørende for hans eller hendes oplevelse af kontakt og kommunikation – og dermed for hele tilstanden.

BOKS 6 · TANKEFORSTYRRELSE

- at tankerne bliver spredt ud, så de kan opfattes af alle (tankespredning)
- at der er nogen, der stjæler tankerne (tanketyveri)
- at tankerne kan høres af andre (tankehørighed)
- at tankerne gentager sig som i et lydløst ekko (tankeekko).

De 'negative' symptomer

Symptomer ved psykose opdeles i 'negative' og 'positive' symptomer. De såkaldte 'negative symptomer' er en samlebetegnelse for alt det, som ikke længere er muligt efter udbruddet af sygdommen. Sådanne symptomer kan være meget hindrende for kontakt med andre mennesker og for arbejde og livsudfoldelse og kan gøre det svært at udføre almindelige, dagligdags rutiner. Der forskes derfor i dag meget for at finde nye behandlingsmetoder over for negative symptomer ved skizofreni. (Se oversigt over negative symptomer i boks 7 nedenfor).

De 'positive symptomer' er en samlebetegnelse for det, der er kommet til siden udbruddet af sygdommen, som f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger. Selvom man naturligvis ikke kan påstå, at de 'positive symptomer' er særligt positive for patienten, bliver de kaldt sådan, fordi de er noget ekstra, der er kommet til.

BOKS 7 · DE NEGATIVE SYMPTOMER

- manglende initiativ, sløvhed
- en tendens til at synke ind i sig selv
- passivitet overfor omverdenen, ligegyldighed
- manglende fremdrift og interesser
- svage følelser eller mangel på samme
- mangelfuld kontakt, manglende evne til at skabe kontakt med andre mennesker
- indskrænket brug af sproget

At erkende sin sygdom

En del mennesker med skizofreni oplever især i starten dét, behandlere kalder 'manglende sygdomserkendelse'. Det betyder, at den psykotiske er overbevist om, at symptomerne – f.eks. svære og ubehagelige stemmer og sindrige aflytningsinstrumenter – er 100 pct. reelle og er afvisende overfor, at det kan være noget, der kun forekommer inde i deres hoved.

Den manglende sygdomserkendelse kan vise sig på forskellig måde (se boks 8 herunder).

BOKS 8 · KRAKTERISTIKA VED MANGLENDE SYGDOMSERKENDELSE VED PSYKOSE

- Oplever sine symptomer som en del af en meningsfuld virkelighed – og anerkender ikke, at de er symptom på psykose
- Erkender ikke det umulige ved hallucinerede sanseoplevelser og forestillinger
- Forstår ikke nødvendigheden af behandling – og foretager evt. uhensigtsmæssige handlinger som reaktion på sygdommen

Den manglende sygdomserkendelse forklarer mange af de vanskeligheder, som pårørende og behandlere møder i forsøget på at hjælpe. Det kan f.eks. forklare, hvorfor vedkommende ofte kommer sent i behandling, og hvorfor mennesker med skizofreni nogle gange dropper ud af behandlingen og ikke ønsker, at de pårørende inddrages. Dette kan være medvirkende til, at forløbet med sygdommen indimellem kan tage langt tid.

Når man er overbevist om, at symptomerne er en del af virkeligheden, kan kontakten til andre blive svær. Så når man har psykose, kan man føle sig meget alene.

Behandlere ved imidlertid kun meget lidt om, hvad der er den egentlige årsag til, at det kan være så svært at erkende, at man er syg – altså anerkendelsen af at virkeligheden, ser anderledes ud for behandlere, pårørende og omverden.

Måske er det en psykologisk mekanisme? Det er et almindeligt fænomen, at mennesker tilpasser virkeligheden for bedre at kunne udholde den. Psykologien taler om tilpasningsmekanismer (forsvarsmekanismer), som hjælper mennesker igennem vanskeligheder; at mennesker fordrejer ting for at undgå at blive bange. Hos et menneske med psykose er smerten måske så stor over tabet af kontakten med virkeligheden, over at miste sit selv, sin kontrol over egne tanker m.m., at virkeligheden må fornægtes.

For pårørende kan udfordringer med sygdomserkendelse opleves som en sej og håbløs kamp. Normale overtalelsesmekanismer virker ikke. Presser man på, forstærker det blot modstand og afvisning.

I sådanne situationer er det godt at snakke med psykiatrisk personale for råd og vejledning og/eller kontakte bruger- og pårørendeforeninger (se oversigt s. 87).

Ledsagesymptomer: Angst, depression og selvmordstanker

De positive og negative symptomer, de kognitive forstyrrelser, tankeforstyrrelser og den manglende sygdomserkendelse er de symptomer, der betragtes som mest karakteristiske for skizofreni. Ofte er der dog en lang række andre symptomer, som f.eks. angstsymptomer (panikanfald, fobier), tvangstanker, tvangshandlinger og overdreven bekymring for eget helbred, som kan vise sig at udgøre et langt større problem for patienten og de pårørende end de psykotiske symptomer. Ligeledes kan der også være store følelsesmæssige udsving fra dag til dag – f.eks. fra begejstring og optimisme den ene dag til håbløshed og ligegyldighed den næste.

Depression er et hyppigt symptom ved skizofreni. Både forud for og under den første psykose. Risikoen for at få en depression er således væsentlig større end i befolkningen som helhed. Depression kan således være:

- et symptom blandt de øvrige skizofrenisymptomer i den psykotiske fase, på linje med vrangforestillinger og kontaktbesvær. Denne type depression svinder med de øvrige psykotiske symptomer.
- et sekundært symptom, der udvikles hen ad vejen, når psykose-symptomerne er svundet, og vedkommende kan begynde at erkende at lide af en svær og måske langvarig sindslidelse, der bevirker, at livet kan blive anderledes end forventet. Kræver psyko-terapeutisk bearbejdelse og støtte, evt. antidepressiv medicin.
- en bivirkning under en langvarig behandling med visse antipsyko-tisk virkende præparater. Kræver ofte at man ændrer medicinering.

Det er vigtigt at skelne mellem de forskellige depressionsformer, der kan ses ved skizofreni, fordi behandlingen vil være forskellig.

Selv mordstanker kan være fremtrædende. De kan være fremkaldt af hallucinationer med kommanderende stemmer eller være et udtryk for, at psykosens negative virkninger har givet en tomhedsfølelse eller taget livsmodet fra den, der har psykose. Det er vigtigt, at den, der oplever selvmordstanker, kan tale med sine behandlere om dette. I psykiatrien vil der blive udarbejdet en kriseplan med fokus på, hvad der kan gøres, hvis tankerne bliver mere presserende. Ofte vil man også inddrage de pårørende i dette arbejde.

Paranoide psykoser

De paranoide psykoser er karakteriseret ved en snigende udvikling. De debuterer senere end skizofreni og rammer hyppigst kvinder. Ensomhed og isolation bidrager ofte til paranoiaen. Mennesker, der får paranoid psykose, har en enkelt vrangforestilling eller et sæt af systematiserede vrangforestillinger. Der foreligger som regel ikke hørehallucinationer, tankeforstyrrelser eller negative symptomer som ved skizofreni, men i mange tilfælde kan det være svært at skelne mellem de to sygdomme. Det typiske symptom er forestillingen om at være forfulgt eller på anden måde føle sig generet af organisationer eller personer. Han eller hun sender utallige klager til offentlige myndigheder og vil prøve at føre beviser for den chikane, vedkommende mener sig udsat for.

Bipolare: Psykotisk mani og psykotisk depression

I svære tilfælde ved bipolar sygdom (tidligere kaldt maniodepressivitet) kan der optræde psykotiske symptomer. En manisk psykose er karakteriseret ved en stærk opstemthed, et mindsket søvnbehov, en trang til at foretage sig noget hele tiden, en overdreven selvfølelse stigende til storhedsvanvid. Et menneske med mani kan sjældent sidde stille lang tid ad gangen, taler f.eks. højt og meget, bruger løs af penge. Ofte kan mennesker i en mani være seksuelt opstemte og hæmningsløse. I visse tilfælde kan der udvikles regulære storhedsforestillinger, hvor han eller hun mener at være genial, en berømt politiker, der skal redde verden eller lignende, og i den sammenhæng kan der også forekomme hallucinationer.

Ved depression ser man det modsatte: nedtrykthed, manglende lyst og energi, nedsat selvtillid, skyldfølelse, træthed, ændringer i appetit og søvnrytme. I mere alvorlige tilfælde har mennesker med depression selvmordstanker. Ved svære depressioner kan også forekomme hallucinationer og vrangforestillinger, psykotiske symptomer, der forstærker skyldfølelse og selvmordstanker. En særlig form for psykotisk depression er fødselsdepression i sin sværeste form.



Hvordan oplevede du din første psykose?

I min første psykose oplevede jeg ikke at kunne mærke min krop og mine følelser. Jeg oplevede biller krybe under huden og skar hul for at de kunne komme ud. Jeg følte mig ofte misforstået og alene. Mine sanser blev forstærkede. Mit syn var ikke klart, der var skygger, og det hele flød lidt ind i hinanden. Lyd og omgivelser blev uoverskuelige, overvældende og for meget.

Randi

Jeg oplevede min første psykose snigende. Jeg havde en fornemmelse af, at jeg var ude, hvor jeg ikke kunne bunde, men det var også fascinerende – jeg havde en dyb følelse af samhørighed med verden. En følelse af indsigt og samtidig en følelse af, at jeg havde brug for hjælp, men jeg var bange for, hvad der ville ske med mig fremover.

Mads



Mathildes fortælling

Mathildes forløb

Da Mathilde som teenager blev opmærksom på de første tegn på psykose, reagerede hun ved at trække sig.

"Det var svært at blive opmærksom på, at min virkelighed ikke var som de andres. På gaden var jeg nødt til at vende mig om hele tiden for at se, om nogen fulgte efter mig. Det gjorde de andre jo ikke. Og så kom jeg til at trække mig, fordi det var skamfuldt at være anderledes."

I dag ville hun ønske, at hun havde rakt ud og opfordrer til at tale om det, man oplever.

"Jeg isolerede mig rigtig meget, og det gjorde desværre bare situationen meget værre. Når man har tid til at være alene og tænke rigtig meget over tingene, så kommer det også til at fylde mere indeni. Så tal om det."

Behandling

Efter Mathilde fik talt med sine nærmeste, fik hun hjælp via OPUS-behandling. Det er nu syv år siden, og de gamle selvmordstanker er langt væk.

"Noget af det, der hjalp mig, var de små, konkrete delmål i OPUS-forløbet. Det første mål var, at jeg ville opleve min 16-års fødselsdag. Det var, hvad jeg kunne overskue på det tidspunkt. Så blev det 18 år. Og i dag er det ikke længere en kamp men en fornøjelse at holde mig i live."

Det var også vigtigt for Mathilde at lære sygdommen at kende.

"Der er ikke nogen psykoser, der er ens. Derfor er man nødt til at lære sin egen at kende og lære, hvad der trigger den, og hvad der beroliger den."

Håbet voksede

Mathildes pårørende og fagpersoner omkring hende var afgørende for at skabe håb hos Mathilde.

"Det gav håb, at mine forældre havde håb for mig, da jeg ikke selv havde det. Og at jeg mødte en psykolog, der kunne se mit potentiale. Så håbet kom meget udefra i starten – og lige så stille begyndte det at komme indefra også; at jeg også turde have håb, drømme og fremtidsønsker. Det voksede ligesom ud af de andres håb for mig."

Gode råd til pårørende

"Mit bedste råd til pårørende et, at man skal huske på, at der er forskel på mennesket og psykosen. Man er ikke sin psykose. Det er en del af, hvordan ens virkelighed ser ud på det tidspunkt. Og så skal man på bedst mulig vis rumme den, der er ramt – og også deres psykose. Betyg den psykotiske i, at man kan rumme dem og være der uanset hvad. Og søge hjælp selv til sin egen proces. Bed om hjælp! Det er spøjst, at det skal være så svært. Det er jo en kæmpe styrke at anerkende, at man ikke kan klare alting selv."

I dag

I dag er Mathilde i gang med uddannelse. Hun bor for sig selv og har en kæreste.

"Det kan være svært at tænke tilbage på, at jeg har været så syg. Det føles næsten som om, det ikke var mig. Det er slet ikke der, hvor jeg er. Det er en del af min historie, men det føles ikke, som den jeg er mere."



Hvis du selv, eller nogen du kender, oplever mulige tegn på psykose, kan du altid ringe anonymt til TOP og få råd og vejledning fra specialiserede sygeplejersker. Ring 47327900 alle hverdage fra kl. 8.30-15.30

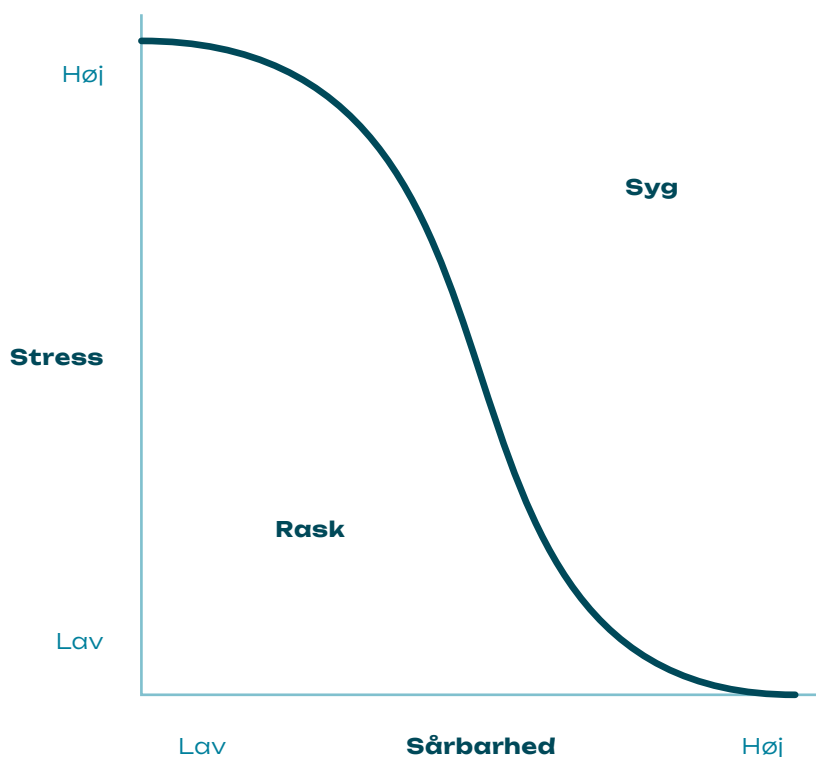
KAPITEL 5

Sårbarhed/ stress-modellen og sygdoms- forståelse



Årsagerne til psykose afhænger af, hvilken psykoseform det drejer sig om. Ved stofpsykoser og de organiske psykoser er årsagen meget klar og behandlingen ligeså. Ved de øvrige psykoser ved vi meget lidt om årsagerne, men vi ved så meget, at mange forskellige forhold spiller ind, og denne viden er samlet i den såkaldte sårbarhed/stress-model.

SÅRBARHED/STRESS-MODEL



Efter figur 4.4 s. 107 i Grundbog i Psykiatri, 3. udgave 2024

Sårbarheden påvirkes f.eks. af:

- Arv (genetik) – altså medfødt
- Personlighed (genetisk og miljømæssig bestemt)
- Relationer (forældre-barn-relation, opvækst, socialt liv)
- Tidlige hændelser (særlige infektioner, traumer, fødselskomplikationer)

Den ydre stress påvirkes f.eks. af:

- Kemiske faktorer, f.eks. alkohol, cannabis eller andre stoffer
- Fysiske faktorer, f.eks. kropslige skader ved bilulykke
- Infektiøse faktorer, f.eks. en lungebetændelse
- Psykologiske faktorer, f.eks. et dødsfald i familien, traumatiske oplevelser
- Sociale faktorer, f.eks. tab af arbejde, boligløshed

Sundhedsfremme er repræsenteret ved de faktorer, der *beskytter* individet og sygdomsskabende af de faktorer, der *belaster* individet. Det kan sammenlignes med en vægt, hvor man på den ene vægtskål har de beskyttende faktorer, og på den anden skål har de belastende faktorer.

Når psykisk sygdom truer, er det vigtigt at bremse sygdomsudviklingen med de faktorer, der kan beskytte mod sygdomsudbrud. Hvis indsatsen mod belastningen ikke bliver sat ind tidligt nok, eller hvis belastningen er for stor, reagerer mennesket med sygdom.

Hvis dette menneske i forvejen har en øget sårbarhed, skal der kun en relativ lille belastning til, før en psykose kan opstå. Hvis sårbarheden er lille, skal der en meget stor ydre belastning til, før der opstår sygdom. Det kan f.eks. være en alvorlig ulykke eller dødsfald i familien.

Det er individuelt, hvad der belaster og stresser det enkelte menneske. Man taler om 'oplevet stress'. Det gælder for alle, at livsbegivenheder som flytning, ægteskab, fødsel af første barn, skilsmisse og dødsfald i familien virker belastende. Især de begivenheder, hvor man skal *omorganisere* sit liv, virker stressende.

Den, der oplever psykose, og de pårørende kender til, hvad der kan stresse og beskytte mod stress. Medarbejderne i psykiatrien kan hjælpe med at identificere stressfaktorer og beskyttende faktorer. Det er et væsentligt psykologisk arbejde at lære sine egne sårbarheder og sine ressourcer at kende for at forebygge, at man bliver syg og for at leve godt.

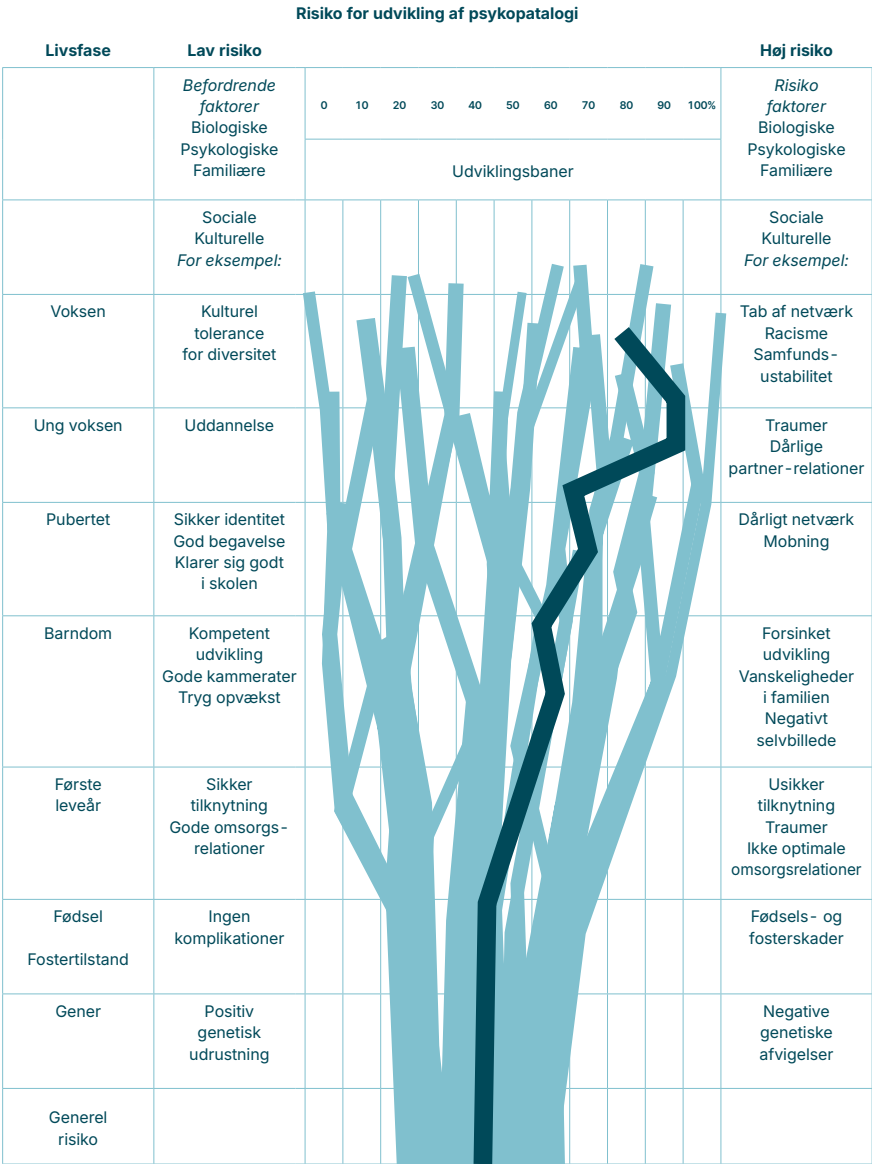
Mange livsbegivenheder er imidlertid ikke planlagte, de kommer pludseligt og overraskende. Dette gør det langt sværere for det sårbare menneske, men igen: Hvis mennesket kender sin sårbarhed og egne tegn på begyndende psykose, kan den pågældende – eller de pårørende – reagere og standse det, eller søge hjælp i tide (se også figur på s. 47).

Der er forsket meget i, hvad der giver os mennesker – med eller uden diagnose – et godt liv, og på den måde også gør os mere robuste overfor lidelse. Der er bl.a. fem elementer, der kaldes CHIME-elementerne, som har stor betydning. De indebærer kort sagt, at vi alle har brug for at opleve:

- *at følge os forbundne til andre og andet (Connectedness)*
- *håb og fremtidsoptimisme (Hope)*
- *et positivt selvbillede (Identity,)*
- *mening i livet og oplevelsen af at bruge vores tid meningsfuldt (Meaning)*
- *handlekraft og kontrol i vores liv (Empowerment)*

Alt dette kan man altid have fokus på at styrke, både i psykiatrien og i sit eget levede liv. Læs mere i kapitel 9 på s. 80 om recovery eller på www.psykiatrienregsj.dk/patienter-og-paaroerende/recovery

DET UDVIKLINGSPSYKOPATALOGISKE 'TRÆ'



Efter figur 4.6. i Grundbog i Psykiatri, 3. udgave 2024, s. 110



Hvad betyder viden om stress og sårbarhed for dig?

Det ændrede min hverdag, da jeg først fik undervisning i forholdet mellem stress og sårbarhed. Den viden gjorde min hverdag nemmere, fordi jeg lærte at stoppe op og mærke efter mig selv.

Jacob

Efter jeg fik at vide, hvad det betød, kunne jeg leve efter det. Jeg mærker min krop og reagerer på det. Hvis jeg har været ude blandt mange eller oplevet stress, så skal jeg bruge de næste par dage roligt. Jeg har lært, hvad jeg kan gøre for at forebygge med f.eks. 7-kabale til at stresse af. Det fungerer ikke at ignorere symptomer – man må finde en ny levemåde.

Randi



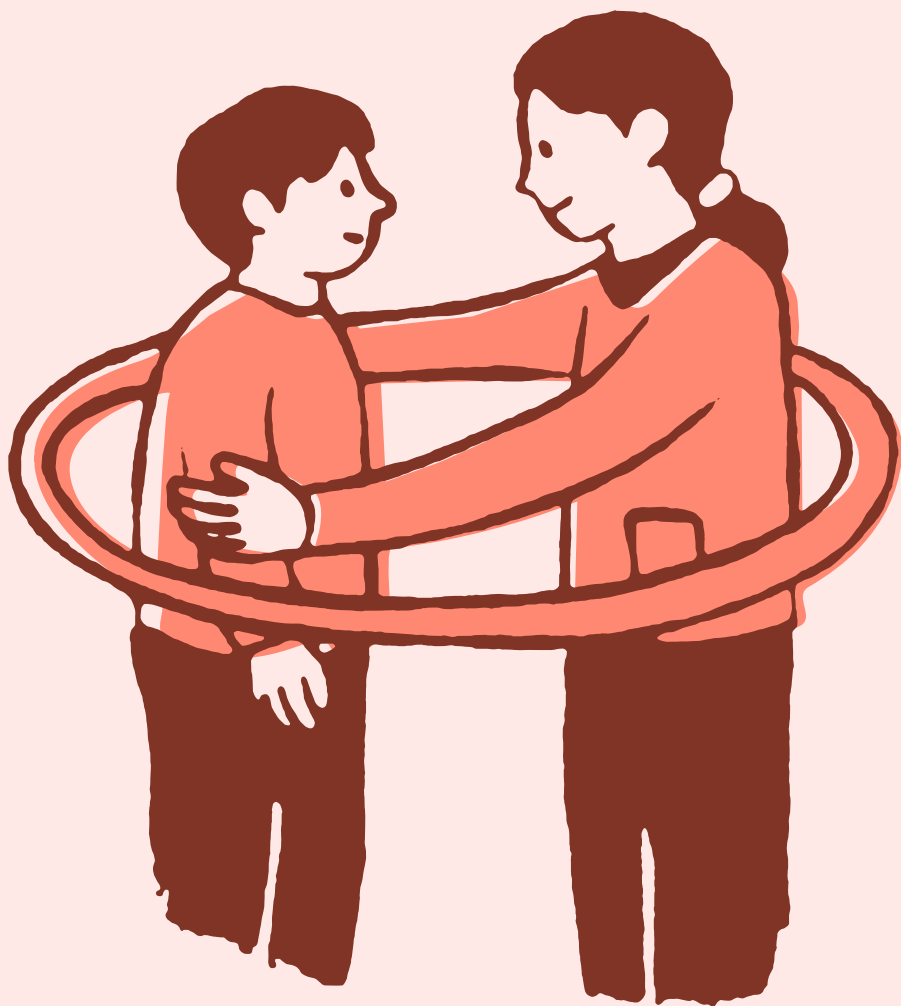
Hvad betyder viden om stress og sårbarhed for dig?

Det gav enormt meget håb at starte i OPUS. Vi fik hjælp til at forstå, at det ikke nyttede at presse på. Det er en langsom proces med små skridt. OPUS-behandleren gav min søn meget klare opgaver som f.eks. at stå op kl. 14 i stedet for kl. 17 én gang om ugen, og hjalp os med hvordan vi kunne reagere i konkrete situationer; F.eks. altid respektere, når min søn ikke kunne rumme mere i en social situation. Hvis han sagde: 'Nu kan jeg ikke mere', så stillede jeg ikke spørgsmålstejn.

Flemming, pårørende

KAPITEL 6

At hjælpe som pårørende



Når man oplever en af sine kære forandre sig pga. en psykose, kan man nemt blive ramt af magtesløshed og overvældende følelser. Her kommer nogle få, generelle forslag til, hvad du som pårørende kan gøre:

Hvis du er nervøs for, at en af dine nære viser tegn på psykose, så vær respektfuld og indlevende. Nærm dig stille og prøv at vise omsorg og undgå at være fordømmende eller bebrejdende. Find et uforstyrret sted til at give udtryk for din omsorg. Fortæl at du gerne vil gøre ham eller hende tryk og spørg, hvad der fremmer følelsen af tryghed.

Giv udtryk for din egen bekymring ved den adfærd og situation, du oplever hos vedkommende. Vær ærlig, ikke ironisk eller formynderisk. Tal klart og letforståeligt, giv ro og tid.

Giv håb om at han eller hun godt kan få hjælp og spørg hvilken hjælp, han eller hun vil foretrække at få. Hvis den, der er psykotisk, ikke vil følge dine råd om hjælp, så prøv at få ham eller hende til at tale med et andet menneske, som vedkommende har tillid til. Mennesker med psykose føler sig overbevist om, at dét de oplever, er virkeligheden. Som pårørende skal man ikke betvivle dette, men sige at man selv oplever tingene på en anden måde, og at man derfor ikke kan genkende det, vedkommende taler om. Man kan ikke argumentere mod en vrangforestilling, men man kan udtrykke sin forståelse for, hvor ubehagelige eller skræmmende de psykotiske symptomer må føles.

Støt aktiviteter, som plejer at give glæde. F.eks. gåture, samvær med venner, osv. Venskaber kan spille en meget værdifuld rolle i recovery-processen. (Få flere råd på s. 54-55).

Det er meget individuelt, hvilke rammer der er brug for i hverdagen. Pårørende kan få støtte og vejledning fra kontaktpersoner, behandler – f.eks. i OPUS-regi – eller i flerfamiliegrupper.



Hvad hjalp dig gennem psykosen?

Min mand blev ved med at se mig som det menneske, jeg er, talte til mig som han altid har gjort og troede på, at jeg ville få det godt igen. Motion, medicin og at skrive mine tanker ned hjalp. Det gjorde det personale, der mødte mig med ligeværd og nærvær også.

Mai

Det der hjalp mig bedst gennem psykosen, var at give slip på hverdagen. Enten fordybde jeg mig i bøgernes verden eller også blev det foran computeren via spil. Jo mere jeg kunne distancere mig fra hverdagen, jo nemmere havde jeg ved at give slip på flere af de psykotiske træk. Samtidig brugte jeg mine hallucinationer og stemmer positivt, ved f.eks. at give mine stemmer navne efter hvem eller hvad jeg læste om. På den måde var stemmerne nemmere at holde i skak, da jeg kunne fokusere på at stemmerne kun var min fantasi, der legede.

Jacob

HVAD KAN FAMILIEN GØRE FOR AT HJÆLPE?

1. Vær bevidst om, at ét skridt ad gangen er nok

Gå forsigtigt frem, giv den unge tid til at samle sig og hvile ud efter nye udfordringer. Tiden er en vigtig ven. Forbered det næste skridt og regn også med, at livet i sig selv giver nye udfordringer, som ikke er planlagt.

2. Medicin er en god beskyttelse

Medicin virker og er nødvendig, også når den unge føler sig rask. Samarbejd med lægen omkring rigtig medicin og rigtig dosis. Tålmodighed er nødvendig, ændringer tager tid. Medicin skal tages som beskrevet af lægen og kun den medicin, som lægen har ordineret. Stoffer øger risiko for tilbagefald.

3. Skru ned for forventninger og reducer ansvar og stress

Tag det med ro. Lav personlig målestok – sammenlign sidste måned med denne måned. Se hellere på forandringer end at se tilbage på sidste år eller frem mod næste år.

4. Brug tidlige tegn

Lær at forstå og bruge patientens tidlige tegn og ændring i symptomer. Hvis tidlige tegn forstærkes, må tempo og udfordringer reduceres og forenkles. Bed om hurtig hjælp fra patientens behandlere.

5. Skab et beskyttende miljø med tilstrækkelig ro

Entusiasme er normalt – bevar roen! Uenighed er normalt – bevar roen!

6. Sørg for at give hinanden nok rum

'Time-out' er nødvendig for alle af og til. Det er OK både at sige "nej" og at sige "undskyld".

7. Sæt grænser

Alle har brug for at vide, hvad reglerne og grænserne er. Nogle få, tydelige regler gør ofte tingene klarere.

8. Forbigå det, I ikke kan forandre

Lad det, som ikke er vigtigt, passere forbi. Men lad være at overse vold eller bekymring for selvmord.

9. Brug et enkelt sprog

Sig det, du har at sige på en klar, rolig og positiv måde. Undgå ironi.

10. Normaliser livet så hurtigt som muligt

Genopret familierutiner og sædvanlige aktiviteter. Hold kontakt med familie og venner. Hold som pårørende også kontakt med dit eget netværk og søg hjælp og støtte.

11. Løs problemerne skridt for skridt

Tag de udfordringer, der kommer – når eller hvis de kommer, ingen problemer kan løses, før de er der!

Frit efter professor i psykiatri, William McFarlane.

KAPITEL 7

Behandlingen ved psykose



Tilrettelæggelse af behandling bygger på en grundig diagnostisk udredning, hvor det bliver klarlagt, hvilken form for psykose der er tale om. Fundamentet for udredningen er et interview eller en struktureret samtale imellem behandler og patient.

Behandlingen skal være behovsbestemt. Det vil sige, at den første undersøgelse skal bruges til at analysere de behov, patienten har: f.eks. at komme af med psykotiske symptomer, genetablere kontakt til familie, komme i gang med en uddannelse eller få løst fysiske problemer. Det er ikke givet, at ethvert behov kan opfyldes eller nås på kort sigt. Det er afgørende, at behandlingen planlægges i samarbejde med patienten for at sikre et godt forløb.

Når man kommer i behandling for en psykose, foregår dette enten på psykiatrisk skadestue, under indlæggelse eller i distriktspsykiatrien. Er man mellem 14 og 35 år og får en psykose for første gang¹ vil man med bopælsadresse i Region Sjælland få tilknytning til et OPUS-team. OPUS er et særligt tilrettelagt behandlingsforløb, man kan blive tilbudt, når man får psykose eller psykoselignende symptomer for første gang. (Læs mere om OPUS på s. 67).

Behandlingen i Region Sjælland er det, der hedder *recoveryorienteret*; det vil sige, at målet er, at patienten kan komme til at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv. Der er fokus på, hvordan livet leves og ikke blot på symptomer. Behandlingen betragtes som et samarbejde mellem patienten og fagpersonen.

Vigtige elementer i behandlingen er psykoedukation, medicin, psykologisk støtte med fokus på at komme sig (recovery), psykoterapi, miljøterapi og social træning. Herunder at genoptage interesser og vedligeholde venskaber. I de forskellige faser af behandlingsperioden, vil forskellige behandlergrupper være aktive.

¹ I Børne- og Ungdomspsykiatrien dog kun unge i alderen 14-17,5 år med førstegangsskizofreni, F20

Psykoedukation

Psykoedukation er undervisning i sygdommen. Med psykoedukation får man viden om psykose, om forskellige behandlingselementer og undervisning i, hvad der kan støtte, og hvad der kan stresse i et sygdomsforløb. Psykoedukation handler også om, hvad der skal til, for at man kan leve et meningsfuldt liv.

En vigtig del af behandlingsforløbet er for mange også at acceptere og forstå det, de oplever, og finde en meningsfuld fortælling om det. Den proces kan psykoedukation bidrage til.

Psykoedukation vil ofte foregå i en gruppe, ledet af en fagprofessionel. Det er ofte godt at kunne spejle sig i andre, der har lignende vanskeligheder, hvilket netop er en styrke ved et gruppeforløb.

Medicinsk behandling

Den medicin, der anvendes til behandling af psykoser, kaldes antipsykotika. Det er medicin, der dæmper de psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger, gør tankerne klarere samt øger motivation og evnen til at gøre noget godt for sig selv.

Som regel vil medicinen allerede efter få dage virke på nogle symptomer, men først efter flere uger kan man afgøre, hvor mange af symptomerne, der bliver dæmpet eller helt forsvinder ved hjælp af medicinen. Det er almindeligvis nødvendigt at dæmpe disse ofte pinefulde symptomer, før man kan komme videre med andre behandlingsformer samt med personlig udvikling og genskabelse af tidligere færdigheder.

Med den rigtige medicin bliver man mere modstandsdygtig over for uro, angst og stærke følelser samt over for udefra kommende pres og belastninger. F.eks. vil man bedre kunne klare det at være sammen med andre mennesker, hvilket for unge med psykose kan være meget belastende. Nogle har sammenlignet antipsykotika med en paraply, som beskytter den følsomme sjæl mod dagliglivets uvej, f.eks. omgivelsernes kritik.

Efterhånden som modstandskraften øges, aftager de psykotiske symptomer. Stemmerne og forestillinger om at blive generet eller forfulgt blive mindre påtrængende, og måske forsvinder de helt – især hvis behandlingen starter i tide. Medicinen har derimod lidt sværere ved at modvirke de såkaldt negative symptomer (se s. 34 om hhv. positive og negative symptomer), og de kognitive forstyrrelser (f.eks. en svigtende koncentrationsevne). Dog ses der fremskridt i denne sammenhæng med nyere antipsykotika. Samtidig med at de har lidt færre bivirkninger – eller måske netop fordi de har færre bivirkninger – ser det ud til, at disse midler kan forbedre den inaktivitet og aftagende evne til kontakt og socialt samvær, som præger mange unge med psykotiske symptomer.

Antipsykotika virker på psykotiske symptomer uanset årsagen. De virker f.eks. på hallucinationer og tankeforstyrrelser uanset om disse skyldes skizofreni, akutte forbigående psykoser, paranoide psykoser, psykotisk mani eller stofpsykoser frembragt af stoffer som ecstasy og amfetamin.

Det vigtigste ved en medicinsk behandling af psykoser er at finde netop den medicin, der hos den enkelte giver bedst mulig virkning med færrest mulige bivirkninger, og det kan være lidt af en kunst. Vi er alle forskellige og reagerer forskelligt på medicin. Dét, der er godt for den ene, behøver ikke at være det for den anden. Dét, der giver bivirkninger hos den ene, behøver ikke at gøre det hos den anden. At finde frem til den bedste medicin og dosis er derfor noget, der skal ske i et tæt samspil mellem patient, pårørende og behandler. Det er en proces, der kræver masser af information og viden, så både patient og pårørende føler sig fortrolige med virkning og mulige bivirkninger, tidsforløbet osv. Ofte kan det være nødvendigt at afprøve forskellige former for medicin for at finde det mest virkningsfulde præparat. I hele denne proces er det vigtigt at holde målet for øje: at patienten kan komme til at leve et tilfredsstillende, håbefuldt og bidragende liv i gensidighed med andre. Det er ikke nok at symptomer dæmpes, hvis der f.eks. ingen energi er til at leve livet eller engagere sig med andre.

Antipsykotisk medicin har ofte bivirkninger. Man bør undersøges grundigt fysisk, før behandling begynder og udvikling af bivirkninger skal overvåges nøje. Behandleren vil oplyse om evt. bivirkninger inden behandling bliver påbegyndt. Det er en vigtig snak med lægen. Bivirkningerne varierer afhængig af præparat og dosis.

Det kan også give psykologiske bivirkninger at begynde på medicin. Når medicinen begynder at virke på symptomerne, kan erkendelsen af at være syg være en voldsom oplevelse. Og for nogle kan det give en svær tristhed. Derudover kan alene det at begynde på medicin opleves som grænseoverskridende, hvis man ikke oplever sig selv som syg – erkendelsen af at man har særlige behov og dermed ikke er som alle andre, kan være svær.

I mange tilfælde har mennesker med psykoser ikke nogen fornemmelse af at have en sygdom (manglende sygdomserkendelse). De forstår derfor ikke betydningen af at tage medicin og undlader ofte at tage den, også selv om den har bidraget til at dæmpe nogle af de ubehagelige symptomer. Det er ofte sådan et ophør af medicin, der kan medføre, at patienter hurtigt får tilbagefald.

Via blodprøver kan man måle koncentrationen af medicin i blodet og evt. regulere dosis på den baggrund. Det kan f.eks. blive aktuelt, hvis der er manglende virkning, uventede bivirkninger eller tvivl om medicinen bliver indtaget.

Dosis kan variere i løbet af behandlingen. Den helt unge skal kun have en lille dosis (der ikke giver bivirkninger). Relativt hurtigt får man en fornemmelse af, om dosis er passende eller for lav, og hvis den er for lav, må man øge dosis langsomt, til der kommer ønsket virkning. Når symptomerne er kommet under kontrol, kan man for det meste mindske dosis igen. Princippet er at give den laveste, effektive dosis. En del vil opleve at blive trappet ud af medicinen igen.

Den psykologiske støtte

Den psykologiske støtte bliver ydet af alle faggrupper i psykiatrien, men oftest i særlig grad af plejegruppen (sygeplejersker og SOSU-assistenten). Som patient får man mulighed for at blive lyttet til og få hjælp og støtte til mange af de udfordringer, der opstår i løbet af behandlingsforløbet, og få fokus på at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv. Et andet væsentligt mål i den psykologiske støtte er, at behandleren hjælper patienten med at genoprette grænsen mellem den indre og den ydre verden, som er brudt ned ved psykosens udbrud. Dvs. at fremme en realistisk dømmekraft. Et tredje vigtigt formål er, at patienten i en længerevarende kontakt får mulighed for at blive forstået som person og menneske, at få hjælp til at samle de mange forvirrende følelser og tanker som opstår i psykosens og få opbygget sin identitet og sit selvværd igen. Et fjerde væsentligt formål er at hjælpe og støtte det menneske, som har psykose, til at forblive i psykiatrisk behandling, så længe denne er nødvendig.

I den første fase af behandlingen gælder det om at opbygge et godt samarbejde med fokus på at etablere kontakt og tillid samt at reducere angst og give håb. Det kan f.eks. give håb at vide, at mange vil blive fri af psykotiske symptomer og komme til at fungere bedre socialt allerede indenfor de første uger. Desuden er det vigtigt at motivere til at inddrage familien i behandlingsforløbet.

Erfaringer viser, at denne første fase af behandlingen ofte strækker sig over et halvt år. Hvis der i løbet af et halvt år kan opbygges et godt samarbejde, er der større sandsynlighed for, at man som patient finder behandlingen meningsfuld og nødvendig.

At blive ramt af en psykose indebærer ofte et umiddelbart tab af muligheder, relationer, livsmål og drømme – dette kan vare en kortere eller længere periode. For den enkelte såvel som for medarbejderne er det vigtigt at bevare fokus på håbet og anerkende det, der faktisk er muligt at gøre lige nu på trods af symptomer.

Efterhånden som de psykotiske symptomer klinger af i forbindelse med den psykiatriske behandling, opstår et behov for at forstå og forholde sig til psykosen. Det at have været psykotisk eller være psykotisk er en ganske gennemgribende og skræmmende oplevelse, som har stor betydning for det pågældende menneske. Kontakten med behandler handler også om at bearbejde dette.

Forhold til stoffer kan ligeledes indgå i det psykologiske arbejde. En del tager stoffer for at dæmpe symptomerne (kaldet 'selvmedicinering'), men det er ikke en god løsning, da stofferne i sig selv kan udløse og forværre de psykotiske symptomer.

Som patient bliver man støttet til at se sine styrker og ressourcer, formulere egne behov, indse egen sårbarhed og opnå en viden om, hvad der skaber en oplevelse af stress og sammenbrud, såvel som overskud og livsglæde. Denne viden og selvindsigt kan bruges til, at tilrettelægge sin tilværelse så risiko for tilbagefald mindskes og livsglæden styrkes. Samtaler om belastende begivenheder i patientens livshistorie vil også indgå i behandlingsforløbet. Det arbejde er for mange en vigtig del af at forstå, hvorfor de har oplevet psykose.

Psykoterapi

Den hyppigste form for psykoterapi ved psykoser er kognitiv terapi, som psykologer, psykiatere og sygeplejersker bliver uddannet til at varetage. Det er en systematisk tilrettelagt terapiform, hvor man koncentrerer sig om patientens tankeliv. Hvilke tanker har patienten om sine hallucinationer, forfølgelsesforestillinger, hvordan reagerer han eller hun på disse tanker, hvordan påvirker det personen følelsesmæssigt. Patienten og behandleren undersøger sammen, om reaktionerne er urealistiske og belastende og undersøger andre måder at reagere på tankerne. Herefter arbejder man systematisk med at prøve at realisere de alternative måder at reagere på. Almindeligvis strækker disse terapitimer sig over 8-20 gange. I visse tilfælde kan også andre former for psykoterapi være på sin plads.

Social træning og miljøterapi

Miljøterapi handler om, hvordan man behandlingsmæssigt bedst tilrettelægger miljøet/omgivelserne på en måde, så det understøtter bedring eller helbredelse af psykisk sygdom. Ved miljøterapi forstår man anvendelse af 'miljøet' på en psykiatrisk afdeling, et distriktspsykiatrisk center, i et OPUS-team (læs om OPUS på s. 67) eller lignende som terapeutisk faktor i behandlingen. Man tilrettelægger et miljø, der tilgodeser en gruppe patienters behov for selvstændig udvikling og opbygning af nye færdigheder. Et 'miljø' udgøres af flere faktorer: de fysiske rammer, dvs. lokaliteter og fysiske udfoldelsesmuligheder, de forskellige former for beskæftigelse og aktivering, og endelig af relationerne mellem personerne i miljøet, både patienter og personale. En OPUS-behandler vil f.eks. støtte patienten med kontakt til uddannelse eller job for at sikre de bedste rammer for opstart.

Motion, kost og andre sundhedsfremmende foranstaltninger

Overvægt og manglende motion kan være eller blive et meget alvorligt sideproblem ved psykoser. Dels har medicinen bivirkninger i form af øget appetit og vægtøgning og dels kan en passiv livsførelse, nedsat mæthedsfølelse, trang til søde sager, dårlige kostvaner (fast food og sodavand) øge vægten.

Overvægt kan føre til endnu dårligere selvfølelse, selvværd og vanskeligheder med at deltage i sociale aktiviteter. Det kan altså i sig selv også føre til f.eks. isolation og ensomhed, som kan føre til dårligere trivsel. Overvægt fører også til øget risiko for sukkersyge, forhøjet blodtryk og andre hjerte-/karsygdomme.

Rådgivning om kost, fysisk aktivitet og øget kropsbevidsthed indgår derfor som et nødvendigt led i behandlingen.

Samarbejdet med familien/pårørende

Pårørende er meget vigtige for, at man kommer sig, og bør inddrages i behandlingen lige fra starten og mødes med den samme åbenhed og respekt som patienten. I den første fase vil der være behov for, at pårørende deler viden om familiens historie samt deres opfattelse af, hvorfor psykosen netop har ramt nu. Som pårørende vil man også have brug for at få viden om sygdommen og processen med at få det bedre (recoveryprocessen). Dette kan man få på forskellige måder f.eks. ved at søge viden, i forskellige foreninger (PsyInfo, Bedre Psykiatri, Psykiatrifonden mm.), men også ved at indgå i psykoedukation, som ofte er et tilbud til pårørende i forbindelse med behandlingen. Familien kan befinde sig i en choktilstand, være ramt af skyld og skam (læs mere om familiens situation i kapitel 8) eller helt ignorere problemernes omfang, hvorfor samarbejdet må tilpasses familiens situation og behov samt patientens psykotiske tilstand. Nogle vil have brug for at få støtte fra et forløb hos psykolog. I den forbindelse kan man få en henvisning via egen læge.

Rehabilitering

Som led i behandlingen samarbejder psykiatrien med kommunen om støtte til uddannelse, beskæftigelse og job – evt. fleksjob – eller andet, der vil kunne lette overgangen til at genetablere et meningsfuldt, aktivt liv. Sagsbehandleren er også en nøgleperson i forhold til at komme sig og få hjælp til forsørgelse og daglige gøremål. Kommunen vil også kunne hjælpe med kontakt til bosteder, væresteder og dagcentre eller kontaktperson efter behov.

Netværk og venner

Venner, kæreste og kammerater udgør det vigtigste netværk udenfor familien, herunder også medstuderende og/eller arbejdsrelationer. Det er meningsfulde fællesskaber, der kan bidrage med alt fra hygge og nærhed til støtte til at nå et mål. Mange patienter har dog som følge af psykosen ofte gennem længere tid været socialt isolerede. Derfor er

hjælp til at skabe eller genskabe et solidt, stabilt netværk også en betydningsfuld del af behandlingen.

Venskaber og andre nære relationer har betydning for følelsen at høre til og modvirker risiko for social isolation. Ansigt til ansigt-kontakter kan være udfordrende, når man er sårbar, hvorfor mange unge vil ty til online venskaber som kompensation ved en truende ensomhed og isolation. Venskaber er gensidige relationer – man betyder noget for hinanden – og netop derfor kan de også modvirke følelsen af værdiløshed eller manglende mening og har derfor stor betydning for recovery-processen.

Misbrugsbehandling

Næsten en fjerdedel af de mennesker, der får en psykose første gang, har samtidig en mere eller mindre udtalt afhængighed af alkohol eller stoffer. Misbrug giver ofte anledning til en række besværligheder i behandlingen og i forhold til pårørende, og misbruget forværrer symptomer, muligheder for at komme i job og få struktur på dagligdagen. Det er nødvendigt, at misbruget bliver behandlet hurtigt, da misbrug vil forhindre fremskridt i behandlingen af psykosen. Alkohol kan dæmpe symptomer på angst og depression, men vil på sigt medføre søvnforstyrrelser, depression, kognitive forstyrrelser og påvirke adfærden med suicidale tanker og sociale konflikter samt fysisk sygdom (mavekatar, lever- og hjertesygdom). Særligt misbrug af cannabis er udbredt hos personer med psykoser, og cannabis forøger risikoen for at udvikle skizofreni, hvis der i forvejen er disposition for sygdommen. Samtidig behandling af psykose og misbrug ('dobbelt diagnoser') har derfor særlig interesse i organiseringen af behandlingen. Den type diagnose kan ofte give anledning til udfordringer, når behandlingen skal koordineres mellem forskellige behandlere og fagligheder.

Behandling af andre samtidige psykiske lidelser (diagnoser)

I de senere år er der kommet mere opmærksomhed på, at personer med psykoser også kan have behov for behandling for andre psykiske lidelser som f.eks. PTSD, ADHD, depressioner, angstlidelser, kognitive skader afledt af misbruget eller personlighedsforstyrrelser. Det er vigtigt at få dette belyst grundigt, da der kan være evidensbaserede behandlinger for disse, som kan komme patienten til gode.

OPUS og Kompetencecenter for debuterende psykose

OPUS er et intensivt, tværfagligt tilbud til mennesker mellem 14 og 35 år, der har en psykose eller psykoselignende symptomer for første gang. Det er et landsdækkende behandlingsprogram, som varer op til to år.

Patienten får en primær OPUS-behandler, som bliver tovholder og sørger for at koordinere behandlingen med resten af det tværfaglige team. Behandlingen består af tilbud rettet til den enkelte. Kontakten mellem patienten og OPUS-behandleren vil være behovstilpasset – hyppigere i starten samt ved forværring – og kan trappes ned i takt med, at den unge får det bedre. Det vigtigste element i OPUS-behandlingen er den vedholdende og opsøgende indsats. Det betyder også, at der ved manglende fremmøde aflægges hjemmebesøg.

Et andet vigtigt element i OPUS er gruppetilbud. Det kan f.eks. være psykoedukation, social færdighedstræning eller inddragelse af pårørende. Inddragelse af pårørende ses som en væsentlig del af behandlingen, og der tilbydes også psykoedukation som et gruppetilbud til pårørende. OPUS i Region Sjælland har derudover forskellige gruppetilbud som f.eks., mindfulness, skrivegrupper og recovery-grupper, der kan støtte processen med at komme til at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv.

OPUS-behandleren har også et tæt samarbejde med den kommunale sagsbehandler for at samarbejde om sociale forhold som har stor betydning i forhold til at komme sig.

Navnet Opus er lånt fra musikkens verden, hvor det betyder 'værk'. Navnet afspejler forståelsen af, at der er brug for mange forskellige parter, der kan spille sammen, når (unge) mennesker skal behandles for psykose. OPUS-behandlingen baserer sig på et forskningsprojekt fra 1998–2000, der viste, at unge i OPUS-behandling havde færre psykotiske og negative symptomer, mindre misbrug, større tilfredshed og mindre frafald, når man sammenlignede med unge, der fik standard-behandlingen.

I Region Sjælland er der OPUS-teams i både Øst, Syd og Vest samt i Børne- Ungdomspsykiatrien². De enkelte teams har tilknytning til Kompetencecenter for debuterende psykose, som varetager koordinering, vejledning, uddannelse og forskning i forhold til debuterende psykose. Kompetencecentret har stort fokus på at indsamle og formidle den nyeste viden indenfor behandling af unge med førstegangpsykose og formidler dette til OPUS-teams via supervision, undervisning samt regionale temadage med fokus på OPUS-behandling. Udover dette huser Kompetencecentret også regionens tilbud om tidlig opsporing af psykose - TOP (læs om TOP på s. 86).

² I Børne- og Ungdomspsykiatrien dog kun unge i alderen 14-17,5 år med førstegangsskizofreni, F20



Hvad hjalp dig gennem psykosen?

Det var vigtigt for os at få hjælp til at definere og give hinanden roller. Så vidste jeg bedre, hvordan jeg skulle forholde mig. Det støttede meget at vide: Jeg har den her rolle. Min søns idé var, at jeg bare skulle være far. Jeg skulle ikke have dårlig samvittighed – men jeg skulle heller ikke presse ham. Jeg skulle bare være der. Det kunne han formidle gennem OPUS-processen, og det gav mig faktisk adgang til ham, at han havde den psykologiske tryghed ved mig. Før diagnosen råbte og skreg vi af hinanden.

Flemming, pårørende



Mettes fortælling

Mettes forløb

"Når jeg tænker tilbage, begyndte mine tegn allerede som 12-13-årig, men jeg troede alle havde det sådan – hørte stemmer og så mørke mænd. Jeg kan nærmest ikke huske ikke at have haft det sådan."

Og selvom det kom til at fylde mere og mere i Mettes liv, gik der længe, før hun talte højt om det.

"Jeg troede, at jeg selv kunne fikse det og så bare leve mit liv og mine drømme. Jeg var ikke så vant til at tale om, hvordan jeg har det, og det lå langt fra mig at have brug for hjælp – jeg var vant til at klare mig selv."

Som tiden gik, var det uholdbart at gå med det hele selv.

"Jeg følte mig meget alene, fordi jeg ikke havde delt det med mine forældre. Det var den største fejl og det, jeg fortryder mest; at jeg ikke sagde det højt. Det gør det bare nemmere at få hjælp, når dem derhjemme også ved, hvad der sker. At have nogle der støtter dig, og som du kan dele det svære med."

Behandling gav håb

Det var en stor lettelse, da Mette nåede frem til den rette behandling i OPUS.

"Det var stort for mig at møde en behandler, hvor jeg følte mig hørt og set, og hvor jeg kunne få den behandling, jeg havde brug for. Og det var en lettelse, da jeg fik min diagnose. Jeg var lettet over, at det havde et navn, og at det var noget, jeg faktisk kunne få hjælp til. Der faldt virkelig en sten fra mit hjerte, da der sad et menneske over for mig og kunne beskrive alt det, der skete inden i mig – jeg tænkte for første gang, at mit liv kunne blive anderledes."

Hvad hjalp mest?

"Der hjalp især at blive set, mødt og hørt. At OPUS-behandleren så mig som et helt menneske, og alt omkring mig – familie, interesser, bolig

osv. - var en del af vores samarbejde. Gruppeterapi igennem OPUS var også meget betydningsfuldt. Vi kunne spejle os i hinanden og støtte hinanden. Det hjalp også, at jeg fik indsigt i, hvad der stressede og udløste mine symptomer, og at mine forældre var en del af det og lærte om min sygdom og mine symptomer. Og så gav det ro, at jeg vidste, at jeg havde to år i OPUS. Ikke bare et kort forløb."

Hvad var der især behov for fra pårørende?

"Jeg havde brug for forståelse og for tid. At vi lavede andet end at tale om sygdom, og hvordan jeg havde det. At vi kunne lave almindelige ting. Bare hygge og være sammen. Men også at jeg frit kunne sige, hvad jeg kunne klare, og at jeg kunne trække mig, når jeg havde brug for det. At både familie og venner kunne være forstående for mine grænser og behov."

Gode råd til pårørende

"Til forældre har jeg lyst til at sige: Find nogle, du kan spejle dig i og dele processen med. Gå ind i processen så meget som patienten har lyst til og lær om sygdommen og symptomerne. Lyt til hvad det unge menneske har lyst til og behov for, og hav tillid til at de kender deres egne behov."

Mettes liv i dag

I dag bor Mette i sin egen lejlighed, har et fleksjob, som hun elsker, og er langsomt ved at trappe ud af medicin.

"Indimellem dukker stemmerne og hallucinationerne op. Jeg ser dem som en besked fra systemet om, at der er noget, jeg skal tage mig af. Måske tage det lidt mere roligt. Og jeg bliver ikke bange for dem mere."



Hvis du selv, eller nogen du kender, oplever mulige tegn på psykose, kan du altid ringe anonymt til TOP og få råd og vejledning fra specialiserede sygeplejersker. Ring 47327900 alle hverdage fra kl. 8.30-15.30

KAPITEL 8

De pårørendes situation og følelser



De pårørende er utroligt vigtige for, at den, der oplever psykosen, kommer sig. Og de pårørende tæller alle dem, der på en eller anden måde står én nær – familie, venner, kollegaer, dem man deler interesse eller historie med m.fl. Det er vigtigt, at man kan holde fast i de roller, man har i hinandens liv – også selvom lidelsen ændrer på relationen. Ved at holde fast i rollerne, fastholder man også muligheden for, at den, der har psykose, stadig oplever at give noget vigtigt til sine pårørende, hvilket kan have betydning for processen med at få det bedre.

Ofte er det hårdt at være pårørende. I en familie bliver alle familie-medlemmer f.eks. påvirket. I mange tilfælde så meget at der opstår alvorlige krisereaktioner, hvor normale måder at løse konflikter på, ikke længere slår til. Det kan føles, som om gulvtæppet bliver revet væk, man er 'hudløs', svinger mellem gråd og latter, bekymrer sig hele tiden, spekulerer og har måske svært ved at spise og sove.

Nogle af de almindelige følelser, der optræder hos pårørende og særligt familien i forbindelse med psykoseudviklingen er: angst, skyldfølelse, frustration og vrede, tristhed og sorg.

En begyndende psykose indebærer betydelige forandringer hos den ramte – både tankemæssigt og adfærdsmæssigt – og den øvrige familie bliver selvsagt ofte bekymret og bange. Det kan være meget foruroligende at se sit barn udvikle en uforståelig tankegang og måde at være på – og måske endda udvikle mistro rettet mod sine nærmeste. Angsten for, at det kan være en alvorlig sygdom og deraf følgende bekymring for fremtiden, spiller også ind. Det kan derudover være svært at tale med andre om det, og dét at være alene med bekymringerne forstærker angsten, og man kan opleve ensomhed.

De allerfleste pårørende kender til at føle skyld. Det er meget udbredt og helt almindeligt, at man som forældre føler skyld, hvis ens barn bliver ramt af psykisk sygdom. Mange vil spekulere over, hvordan barnets opvækst har været, og om man har gjort noget forkert. Det er vigtigt at understrege, at alle i psykiatrien i dag ser sygdomsudbruddet som langt mere kompliceret og *ikke* som fremkaldt af forældrene.

Den psykotiskes adfærd kan være både irriterende, skræmmende og stressende for de øvrige familiemedlemmer. Det kan føles som om, vedkommende selv burde kunne kontrollere sine følelser og adfærd, eller man kan få tanker om, at han eller hun bare er doven og ikke gider tage hensyn. Det kan også føles frustrerende, når forsøg på at hjælpe mislykkes. Oveni skal man forsøge at opretholde en normal hverdag, så det er forståeligt, at nogle kan reagere med vrede eller andre stærke følelser.

Det er vigtigt, at familien gennem støtte og viden om sygdommen får forståelse for, at den psykotiske netop *ikke* kan kontrollere sin adfærd, og *ikke* er doven, men at det er en del af sygdommen. Forsøger man med rationelle argumenter at overbevise, den der har psykose, om det ufornuftige i opførslen og overtale vedkommende til at opføre sig 'almindeligt', vil det ikke lykkes. Et menneske med psykose overbevises ikke ved logiske argumenter, for han eller hun har sin egen tankeverden, hvor andre regler gælder. Han eller hun må nødvendigvis handle, som vedkommende gør. Her er det vigtigt, at familien lærer nogle måder, hvorpå de kan undgå at presse den syge, selvom de føler frustration.

Mange familiemedlemmer oplever en sorg over, at de drømme og håb, de havde for deres barn, ikke går i opfyldelse lige med det samme. Det er svært at se sin søn eller datter opgive skolegang eller uddannelse, og som forældre kan man have endeløse spekulationer over, hvad fremtiden vil bringe. Vil han eller hun blive i stand til at arbejde igen? Vil han eller hun få sig en kæreste? Vil han eller hun få sig en uddannelse? Hvis man kun har ét barn, kan det være ekstra sorgfuldt.

Sorgen kan specielt være svær at bære, når udviklingen i lidelsen foregår langsomt og over lang tid. Der kan være gode perioder og dårlige, og de pårørende kan derfor få forlænget deres sorgproces og have svært ved at nå til en accept af, at deres barn kan have ændret sig i kraft af sygdommen. Sorgen kan også være blandet op med skamfølelse over at føle vrede rettet mod den psykotiske, som, man jo godt ved, har det meget svært.

Søskende kan være hårdt ramt og føle skyld over, at de er raske. Eller de tænker måske på, om de har samme sårbarhed i sig.

De fleste familier vil prøve at tilpasse deres daglige liv til den ændrede væremåde hos den, der er psykotisk. Hvis sygdommen udvikler sig langsomt, kan denne fremgangsmåde fungere et langt stykke hen ad vejen, men hvis den syge bliver dårligere, rækker denne fremgangsmåde ikke længere, og det kan være en stor sorg for alle parter.

Når det bliver mere tydeligt, at han eller hun oplever en anden virkelighed, bliver familien ofte ved med at lede efter meningen i det, han eller hun siger og gør. Det er hårdt arbejde. Begge parter kan blive fortvivlede, og det bliver svært at blive ved med at mobilisere energi. Man bliver træt og opgivende.

Det kan ende med, at familiens frygt fører til, at den psykotiske konstant bliver overvåget. Dette giver en vis kontrol over en kaotisk situation, men kan også betyde, at den psykotiske får sværere ved at tage initiativer, der vil føre til bedring. Det er desuden begrænset, hvor længe familien kan klare presset.

Når den, der oplever psykosen, kommer i fokus for familiens energi og opmærksomhed, kan det gå ud over de andre i familien. Der er simpelthen ikke tid og overskud til dem. Søskende og ægtefælle kan føle sig tilsidesat. Familielivet kommer til at lide under denne skævvridning, og man har måske heller ikke længere overskud til at se andre uden for familien.

Disse måder at reagere på er helt almindelige i forhold til en skræmmende og kaotisk situation. Man tænker ikke som det første: Dette er en unormal situation, vi må søge hjælp. Man prøver som familie at klare situationen selv. Man ved endda langt fra altid, *hvor* der er hjælp at hente.

Men det *er* vigtigt at få hjælp – og at man som pårørende får passet på sig selv – og der er hjælp hente. Det kan f.eks. være psykoedukation, der bliver tilbudt til pårørende i OPUS, og som kan være med til at af-
live myter om sygdommen, eller pårørendegrupper hvor man bl.a. deler tanker og erfaringer med andre i en lignende situation – både for voksne og børn. For mange er det også meget gavnligt at tale med andre, der har erfaringer med at være pårørende. Som nær pårørende til et menneske med psykose er det heller ikke utænkeligt, at man kan blive så belastet, at man får brug for støtte via egen læge.



Hvordan reagerede din familie og dine omgivelser på din psykose?

Alle var forbløffede over, at et velfungerende menneske som mig kunne få det sådan. Dem tæt på mig, var utroligt hjælpsomme. Dem, der ikke kendte mig så godt, blev forskrækkede og vidste ikke, hvad de skulle spørge om.

Mai

Min familie har kunne mærke, at jeg var 'anderledes'. Mindre social og i perioder har jeg haft store problemer, der var med til at udløse flere selvmordsforsøg. Det kom slet ikke bag på min familie. Det var en lettelse at få bekræftet det, så man kan blive tilbudt den rette behandling.

Randi



Hvad er dit bedste råd til andre pårørende?

Tal åbent og højt om det sammen og lav en klar rollefordeling og klare aftaler. Giv hinanden fri ind imellem og giv dig selv lov til at leve. Slip ansvaret i en weekend f.eks. Hvis man ofrer alt, så holder man ikke. Man er nødt til at lade sig selv op for ikke at blive overvældet. Ellers ender man med at give op og ikke kunne være noget for den, der er syg. Man skal tage vare på sig selv og få støtte til sin egen proces. Det er vigtigt.

Flemming, pårørende

KAPITEL 9

Recovery



Måden man tænker om psykisk sygdom på, har forandret sig over tid. F.eks. opfattelserne af hvad der fører til, at man bliver psykisk syg, men også antagelserne om hvorvidt man kan komme sig, eller om det er kroniske sygdomme. Tidligere var det en fremherskende antagelse, at det var kroniske sygdomme. I dag ved vi, at de fleste kommer sig – også fra psykoser.

Fra 1960'erne bæres den viden bl.a. frem af det, der kaldes Recovery-bevægelsen. Det er herfra begrebet *recovery* opstår; et begreb der i dag former psykiatrisk og socialt arbejde i Danmark.

Recovery handler om at skabe håb om forandring, optimisme ved at tage hånd om sin egen situation og søge støtte i naturlige netværk og blandt ligestillede mennesker med tilsvarende erfaringer. I den proces kan det være, at der skal udvikles nye livsfærdigheder, sættes andre mål og igangsættes nye initiativer. Det er en proces hvor mennesket, sammen med dem, der betyder noget for én, vil finde sine egne veje til at leve et tilfredsstillende og meningsfyldt liv. Behandleren støtter den proces.

At komme sig er altså meget andet end at være helt fri af symptomer. En del bliver helt fri af symptomer, mens andre kommer til at leve godt med symptomerne – enten i perioder eller mere fast – og måske tænker de slet ikke på det som symptomer længere. Det vigtige i forhold til recovery er, at symptomer ikke må være en hindring for at leve et godt liv. Dét fokus er en vigtig ramme for samarbejdet mellem patient og medarbejdere i psykiatrien.

Det er svært at vurdere, hvem der kommer helt af med symptomerne, og hvem der må lære at leve med dem. Uanset er det vigtigt ved psykoser at holde fast i troen på bedringen, og holde fast i håbet, for det fremmer i sig selv recovery-processen. Nøjagtigt som det gælder i andre svære livssituationer eller ved andre alvorlige sygdomme.

Når man rammes af psykisk sygdom, oplever mange at falde ud af vigtige fællesskaber, miste håbet og deres selvværd, have svært ved at finde mening eller bruge tiden meningsfuldt – og det efterlader mange med en magtesløshed i eget liv. Det gælder faktisk både patienter og pårørende. At modvirke eller vende dét, er for mange en væsentlig del af at komme sig, og det er en del af behandlingsprocessen fra dag ét. Det er noget, man kan gøre selv, sammen med dem, der betyder noget for én eller sammen med medarbejdere i f.eks. psykiatrien.

Samarbejdet om at komme sig er netop et *samarbejde*. I et behandlingssamarbejde kan der være perioder, hvor patienten er så dårlig, at behandlerne tager over og beslutter, hvad der skal ske – men det er kun i akutte faser, hvor patienten er meget dårlig, eller hvis patienten er idømt en bestemt behandling. Ellers er målet at skabe et gensidigt samarbejde om, hvordan patienten kommer til at leve meningsfuldt og tilfredsstillende liv.



Psykiatrien Region Sjælland har en hjemmeside, der forklarer mere om recovery, og hvad man kan gøre for at komme sig. Man kan også finde korte fortællinger fra tidligere brugere om, hvordan de er kommet sig. Scan QR-koden eller se mvhospital.dk/patient-og-paaroerende/recovery



Hvad er recovery for dig?

Det er en lang helingsperiode. Det handler om genoptræning, at vende tilbage til livet og kunne klare sig selv. At komme på arbejde igen og være noget for nogen. At få kontakt til mit netværk igen. At mærke livet igen f.eks. ved at komme til koncert. At genfinde det jeg holdt af og som gjorde mig glad. Få det hele bearbejdet hos psykolog.

Mai

Recovery betyder en kamp på rette vej. Det at blive undervist i, hvad du skal være opmærksom på. Udvikle nogle måder, hvor du kan komme videre i livet. At få den fornødne hjælp. At blive et helt menneske igen.

Randi



Hvad er recovery for dig?

Recovery er en kontinuerlig proces, recovery er at genfinde sit selvværd og arbejde med sig selv. Støtte fra andre er afgørende i dette arbejde, håb en forudsætning. Recovery er at udleve sit potentiale og ikke lade sig standse af sygdommen.

Mads

Recovery for mig er at kunne holde sin sygdom i skak og leve et liv med en hverdag, der giver mening for én selv. At man kan tage de positive og negative indtryk, man får fra omverdenen, og selv vælge hvad man vil påvirkes af.

Jacob

TOP – Tidlig Opsporing af Psykose

TOP er en enhed i psykiatrien i Region Sjælland, som arbejder med at hjælpe mennesker, der oplever mulige tegn på psykose hos sig selv eller nogle, de kender. Både borgere og fagfolk i Region Sjælland kan ringe til TOP-telefonen på tlf. 47 32 79 00 alle hverdage mellem kl. 8.30 og 15.30 og få rådgivning af specialiserede sygeplejersker. Samtalen kan foregå helt anonymt.

Hvis TOP på baggrund af samtalen vurderer, at der kan være tale om psykose, tilbyder TOP en undersøgelse inden for 24 timer – eller først kommende hverdag. Undersøgelsen foregår som et personligt interview. TOP har en udkørende funktion, men interviewet kan også foregå hos TOP i Roskilde.

Hvis interviewet viser, at der er tale om psykose eller tegn på andre alvorlige psykiske sygdomme, visiterer TOP's medarbejdere videre til psykiatrien. Hvis der ikke er tegn på alvorlige psykisk sygdom, vil TOP-medarbejderne rådgive om andre muligheder for at få hjælp.

Tilbuddet TOP er rettet mod aldersgruppen 15-65 år.



Yderligere information

TOP Region Sjælland

Hurtig udredning og behandling af unge med psykose

PsykInfo Region Sjælland

Kompetencecenter for Recovery

Recovery i Psykiatrien

Viden til patienter og pårørende om recoveryprocessen

OPUS-behandling i Region Sjælland

Information om OPUS-behandlingen

Medicin.dk

Information om medicin, dens virkninger og bivirkninger

Psykiatrifonden

Rådgivning og information:

Bedre Psykiatri

Landsforeningen for pårørende

På **www.tophotline.dk** har vi samlet en række videnskabelige artikler og afhandlinger.

Denne lille bog er skrevet til jer, der har psykose tæt inde på livet. Vi forsøger her at give et indblik i de forskellige former for psykose og dele ud af viden, der kan hjælpe i de nære omgivelser. Bogen giver viden om psykose og behandling og har fokus på den vigtige proces med at komme sig – recovery – og på hvordan man som pårørende kan støtte og få støtte.



Ring til TOP for hjælp og rådgivning, hvis du selv eller en du kender, oplever mulige tegn på psykose. Samtalen kan være helt anonym – også for fagfolk. Telefonen er åben alle hverdage fra kl. 8.30-15.30.

**Tidlig
Opsporing
af Psykose**
47 32 79 00

ISBN 978-87-93639-30-0



9 788793 639300

REGION
Sjælland
- vi er til for dig