

# Noen etiske aspekter ved schizofrenibehandling



## Kommentar og debatt

Ved schizofreni er det ofte mye lidelse for pasient og pårørende. Mange pasienter føler seg likevel ikke syke og er lite behandlingsmotiverte. Neglisjering av psykopatologi fra behandlerens side vil da kunne frarøve dem rettmessig terapi som kan hindre kronisitet.

**Etiske ledesnorer for behandlingen er autonomi (respekt for pasientens eget ønske), ansvarlighet (ivareta pasientens beste interesse), skånsomhet (hindre skade) og rettferdighet (løse like problemer likt).**

**Samarbeid om behandlingen er lettere å få til tidlig i forløpet, og ofte er aktivt oppsøkende helsetjeneste nødvendig. Individuell behandlingsplan bør iverksettes etter tilstrekkelig utredning i et godt fagmiljø.**

Det er mange oppfatninger om årsakene til schizofreni. Slik er det både blant fagfolk og legfolk, deriblant politikere og byråkrater. De sistnevnte har stor innflytelse på lover, forskrifter og pengestrøm og vil derfor indirekte påvirke behandlingsoppleggene for våre pasienter.

Psykotiske pasienter uttrykker i liten grad behov for behandling, og de vegrer seg ofte for å oppsøke helsevesenet. Like fullt kan psykoser være alvorlige tilstander fordi de ubehandlet i mange tilfeller kan føre til betydelig kronisk helsesvikt og/eller selvbeskadigelse og noen ganger til skade på andre personer. Spørsmål om årsaksforhold, diagnostikk og bruk av tvang står derfor sentralt og representerer dilemmaer og spesielle kliniske utfordringer.

### Diagnostikk

De første som beskrev lidelsen schizofreni, hadde en biologisk modell i tankene (1). Biologiske forklaringsmodeller har dreid seg om forstyrrelser i nevronal transmisjon eller utviklingsforstyrrelser som har ført til strukturelle forandringer, særlig i frontal- og temporallappsregionene. Både arvelighet og interaksjon mellom genetiske og miljømessige forhold har betydning for utvikling av sykdomsbildet (2). Rent psykologiske forklaringsmodeller har fremdeles sine tilhengere, men i de senere år har stress-sårbarhets-modellen fått langt mer innpass. Denne beskriver en biologisk sårbarhet, og når mennesker som har dette utsettes for miljømessige stressbelastninger, utløses den psykotiske lidelse (3).

---

### Stein Opjordsmoen

*stein.opjordsmoen@psykiatri.uio.no*

Avdeling for akuttpsykiatri  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

---

I moderne klassifikasjonssystemer, f.eks. ICD-10 og DSM-IV, oppgis definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier for schizofreni. Ved bruk av disse kan det oppnås stor grad av enighet om diagnosen, men dette alene er ingen garanti for at det beskrives en spesifikk sykdom med bestemte årsaksforhold og forutsigbart forløp og forutsigbar behandlingsrespons. I diagnosen kan det gjemme seg flere sykdommer som fremtidig forskning vil kunne skille fra hverandre.

Fortsatt er det mange klinikere som ikke anvender kriterier når de setter diagnose, men som stoler på sin erfaring. Det vil da gjerne føre til at schizofrenidiagnosen kun blir brukt i de tilfellene der klinikeren antar at prognosen er spesielt dårlig, ut ifra myten om at schizofreni alltid er en lidelse av degenerativ natur med dårlig prognose. Klinikere som arbeider i døgninstitusjoner, får erfaring med de alvorligst syke og har derfor en tendens til å glemme at forløpet ved schizofreni varierer mye (1).

Den folkelige oppfatning av begrepet schizofreni er sterkt influert av litteratur og film. Personligheten beskrives gjerne som spaltet – den snille og hyggelige personen slår plutselig om og fremtrer som en slem og uberegnelig djevel. Begrepet schizofren brukes også en del i dagliglivet som beskrivende for en tydelig ambivalens. Blant folk flest er schizofreni gjerne oppfattet som en gåtefull lidelse med tragisk forløp. Klinikere har derfor hatt en tendens til å ville drøye med å bruke diagnosen av frykt for å stigmatisere og skremme.

I somatisk medisin er de diagnostiske begreper oftest entydige, udiskutable og lite kontroversielle. De lar seg verifisere av supplerende undersøkelser. Dette er mer problematisk i psykiatrien, der kvaliteten på intervjuet med pasienten og intervjuerens skjønn, erfaring og kliniske referanseramme blir avgjørende for den diagnostiske prosess. Det forutsetter at klinikeren har god kommunikasjonsevne og en trygg og tillitvekkende personlighet.

Personer som begår straffbare handlinger i psykotisk tilstand, skal ikke straffes. Dette

gjelder også selv om det ikke er noen åpenbar sammenheng mellom det psykotiske innhold og gjerningen. Psykose defineres her gjerne som en tilstand hvor det foreligger positive symptomer, først og fremst vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner. Imidlertid kan en person med en psykotisk lidelse som schizofreni være upsykotisk. Dersom en straffbar handling utføres i upsykotisk fase, vil en slik person kunne straffes (4). Psykotiske fenomener diagnostiseres da kategorisk, dvs. om de er til stede eller ikke. Dette er mange ganger vanskelig og avhengig av skjønn. Psykotiske symptomer kan også diagnostiseres som dimensjoner (til stede i større eller mindre grad), ikke bare som kategorier.

Psykiatriske diagnoser er grunnlagt på individuelle erfaringer slik som de uttrykkes av pasienten når det gjelder følelser, forestillinger, oppfatning, realitetssans, vilje, initiativ, fortolkninger, atferd osv. Dette er forhold som varierer mellom mennesker, og om spesielle forestillinger skal betraktes som patologiske eller ikke, vil være gjenstand for skjønn. Den antipsykiatriske bevegelse vil gjerne oppfatte diagnoser som merkelapper og pasientene som ofre for sosiale eller politiske krefter. Et eksempel er misbruket av diagnostiske begreper som ble benyttet i Sovjetunionen for å kneble politiske opposisjonelle (5).

Et forsøk på å unngå misbruk av psykiatrien i vårt samfunn er å legge større vekt på brukermedvirkning. Hos pasienter med innsikt er dette uproblematisk, men psykotiske pasienter vil mange ganger ikke være i stand til å forstå sitt eget beste. Neglisjering av alvorlige psykopatologiske fenomener kan føre til at pasienter frarøves sin rettmessige behandling og til at liv går tapt.

### Fundamentale etiske prinsipper

Det er fire medisinsk-etiske prinsipper som bør legges til grunn i pasientbehandlingen (5). Disse er:

- Autonomi – respekt for pasientens ønsker og frihet til å velge
- Ansvarlighet – handling i pasientens beste interesse
- Skånsomhet – unngå skade
- Rettferdighet – håndtere like problemer likt

Oppgaven blir å definere de relevante etiske problemstillingene i hvert enkelt tilfelle, vekte dem mot hverandre, for så å komme frem til balanserte løsninger. Eksempelvis vil tvangsbehandling særlig utfordre etiske problemstillinger knyttet til de to første punktene. Det kan da argumenteres med at tvangsbehandling tjener pasientens interesser best totalt sett når autonomien på sykkelig grunnlag er underminert gjennom et betydelig tap av evnen til rasjonell tenkning. Forutsetningen er da at behandlingen forventes å føre til vesentlig bedring.

Samarbeid med pasienten forutsetter at

den syke har en viss grad av innsikt i sin egen tilstand og forståelse for at hjelp er nødvendig og mulig. I psykiatriske lærebøker skrives det gjerne at den psykotiske pasient mangler innsikt, i motsetning til den nevrotiske. Virkeligheten er mer nyansert, men det er vanlig klinisk erfaring at psykotiske pasienter har dårlig eller manglende innsikt i sin sykdom i de verste fasene med tilbakefall, men at virkelighetsoppfatningen og dermed samarbeidsevnen er langt bedre i andre faser.

Vi undersøkte innsikt hos 21 pasienter med kronisk schizofreni (6). Pasientene hadde hatt lidelsen i gjennomsnittlig 12 år og var alle i aktive behandlingsopplegg. Grundige kliniske undersøkelser viste at de fungerte klart psykotisk. Ettersom disse pasientene ble med på et ganske omfattende testprogram, var de ventelig likevel av de mer motiverte. Innsikt ble målt multidimensjonalt, bl.a. med kartlegging av pasientenes oppfatning av den mentale lidelse, effektene av medikasjon og sykdommens sosiale konsekvenser. I denne tilsynelatende godt motiverte gruppe ble det funnet at 53 % hadde dårlig innsikt. Manglende forståelse for sykdommen var assosiert med svikt i nevropsykologiske mål knyttet til eksekutive funksjoner og strukturelle forandringer i frontalregionen (6).

Vi vet ennå for lite om stabiliteten av innsiktssvikten, men ventelig er det en gruppe pasienter som over lang tid, kanskje resten av livet, mangler forståelse for sykdommen og dens konsekvenser. De vil opptre passivt i forhold til helsetjenesten og blir neglisjert om ikke tjenesteapparatet er aktivt og oppsøkende. Under dekke av ivaretagelse av pasientens autonomi kan vi da i virkeligheten komme i skade for å overse de pasientene hvor svikten i hjelpsøkende atferd nettopp er en del av sykdomsbildet. Det kan være en psykopatologi som det er bekvemt å lukke øynene for, men dette er neppe faglig og etisk forsvarlig.

### Utredning og behandling

Hos de fleste pasienter som utvikler schizofreni, foreligger det sårbarhetsfaktorer i premorbidfasen (7). Hos disse og andre utvikles en prodromalfase hvor det er mulig at biologisk og psykososial behandling vil kunne påvirke prognosen i gunstig retning. Selv om det ikke kan ansees som endelig bevist, er det fullt mulig at medikasjon og opprettholdelse av normal interpersonell aktivitet og sosial virksomhet på dette tidspunktet kan hindre en biologisk dekompenasjon i cerebrale strukturer.

Schizofreni er fortsatt en alvorlig lidelse, og få pasienter helbredes fullstendig (8, 9). Behandlingen er oftest palliativ, med tilbakefall når den bortfaller, eller det oppstår en resttilstand, gjerne med sosial tilbaketrekning eller andre negative symptomer i det lange løp (8, 10).

Moderne behandling består av tre ele-

menter: farmakoterapi, psykoedukativ familieintervensjon og støttende og kontinuerlig individualterapi, gjerne over flere år poliklinisk. Hos rundt 80 % av pasientene har anti-psykotika målbar effekt. Vi har fortsatt ingen sikre indikatorer på hvilke pasienter som ikke vil ha nytte av medikamentell behandling, derfor bør alle i utgangspunktet tilbys dette. Det blir hevdet at intervensjon bør innsettes i prodromalfasen for å hindre utvikling av schizofreni. Imidlertid er prodromalsymptomene uspesifikke, og betegnelser som «preschizofreni», «tidlig schizofreni» eller «truende schizofreni» kan neppe forsvares. All behandling i prodromalfasen bør derfor baseres på total frivillighet.

Ved paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) har pasienten vrangforestillinger, men få andre symptomer. Både ved denne tilstanden og ved schizofreni synes prognosen å være bedre dersom de psykotiske symptomer har vært til stede i relativt kort tid før behandlingen påbegynnes. Det er imidlertid langt mer usikkert om medikamentell behandling i tidlig psykotisk fase er så avgjørende for gunstig utvikling ved paranoid psykose som ved schizofreni (11). Eventuelle biologiske mekanismer er sannsynligvis også forskjellige ved de to tilstander. Med dagens viten bør det følgelig insisteres mer på å få gjennomført farmakoterapi i tidlig psykotisk fase hos pasienter med schizofreni enn hos dem med paranoid psykose.

Oppdatert behandling ved schizofreni er ressurskrevende og forutsetter tverrfaglig tilnærming over tid. Vi har på langt nær nok fagfolk, tilpassede institusjoner og tid til denne oppgaven i vårt land. Selv om det er enighet om at pasienter med schizofreni skal prioriteres, er virkeligheten slik at behandlere slites mellom å gi litt til alle eller mye til de få. Et annet dilemma er om det skal satses på tidlig intervensjon eller god oppfølging. Det er lettere å få pasienter med i behandlingsopplegg når de rekrutteres tidlig i forløpet. Dersom det ikke gripes inn på dette stadiet av sykdommen, bryter det med både velgjørenhetsprinsippet og prinsippet om ikke å skade og truer pasientens evne til autonomi på sikt. Samtidig må behandlerne være årvåke i den fasen der den psykotiske omnipotens erstattes med innsikt i den virkelighet som innbefatter å ha en alvorlig lidelse og en usikker fremtid. Hver tiende pasient med schizofreni begår suicid og ofte nettopp i denne fasen. Fremtidsutsiktene er dårligere der hvor det skorter på muligheter for trening av sosiale ferdigheter og tilpasset sysselsetting.

Med utgangspunkt i det psykiatriske sentralregister i Århus gjennomgikk Munk-Jørgensen & Perto diagnoser, antall pasienter behandlet i døgninstitusjoner, ambulant, liggedøgn, reinnleggelse og antall institusjonsplasser i Danmark i tidsrommet 1978–99 (12). De påpeker hvilken gedigen oppgave den ambulante psykiatri har overfor de schizofrene pasienter, og at en ny generasjon lang-

tidssyke med behov for langvarig innleggelse stadig oppstår. De nevner også den store overdødelighet pga. selvmord og den betydelige underrapportering av somatiske sykdommer hos pasientene. Forfatterne argumenterer for opprustning av psykiatrien som et medisinsk fag og mener at den må ta utgangspunkt i den akademiske institusjonspsykiatri som kan evaluere og videreutvikle behandlingsprogrammer. De hevder at distriktpsykiatrien snart blir en parentes i den psykiatriske historie.

Opptrappingsplanen for psykiatri i vårt land tar sikte på opprustning av distriktpsykiatrien, men neglisjerer betydningen av sentralt beliggende tunge miljøer. Slike trengs for øyeblikkelig hjelp og grundig utredning av pasientene, opplæring av fagfolk, samt forskning og fagutvikling. Dagens pasienter har krav på tilstrekkelig utredning, bl.a. diagnostiske intervjuer, psykometriske og kognitive tester og supplerende undersøkelser med f.eks. billedannende teknikker. Unge mennesker med like tunge lidelser og like dårlig prognose ville antakelig fått det som trengtes av ressurser i den somatiske helsetjeneste.

### Bruk av tvang

Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 med forskrifter (13) tar sikte på å balansere en rekke forskjellige hensyn. Det mest sentrale er hensynet til at syke skal få nødvendig behandling også når de ikke er i stand til å ivareta egne interesser. Sykdomsbildet ved schizofreni kan imidlertid være slik at andre personers interesser må tillegges vekt, f.eks. familiemedlemmer, naboer eller samfunnet mer generelt. Dette skjer når det er åpenbart at andre mennesker trenger beskyttelse. Ofte er det vanskelig å balansere de forskjellige hensyn, og frihetsberøvelse er i seg selv en alvorlig handling. De som etter loven gis muligheter til å utøve makt, må være seg dette bevisst.

Psykiatrien kommer ofte i vanry hos folk – dels fordi den beskyldes for å unndra seg ansvar for brysomme og bråkete individer ute i samfunnet og dels fordi den bruker tvang i behandlingen. Retten til å nekte behandling har visse begrensninger og forutsetter at pasienten har fysiske muligheter og kompetanse til å gjøre dette. Det er ganske selvfølgelig at det skal ytes øyeblikkelig hjelp uten samtykke til bevisstløse pasienter, og behandling rettferdiggjøres også på visse betingelser hos personer som ikke er i stand til å ta rasjonelle beslutninger på grunn av alvorlig mental lidelse. Ved tvangsinnleggelse forutsettes det at pasienten i tillegg kan være til fare for seg selv (dvs. suicidal) eller andre, eller at behandling vil gi vesentlig bedring, helbredelse eller hindre vesentlig forverring i nær fremtid.

En tvangsinnleggelse vil oftest være et dårlig utgangspunkt for å oppnå behandlingsallianse. Det hender at innleggelsen i seg selv representerer en realitetsorienteren-

de hendelse som setter i gang helbredende prosesser hos pasienten, men som regel må det spesifikk behandling til for å få pasienten ut av psykosene. I tillegg til å hindre forverring og forebygge suicid og homicid vil klinikere også legge vekt på andre faktorer som taler for at det bør legges mye arbeid i å forsøke å overtale og motivere psykotiske pasienter til å bli med på behandlingsopplegg. Pasienter som har mistet taket på virkeligheten, vil enten eksistere i en kontaktløs tilværelse eller leve med vedvarende interpersonelle problemer, spesielt overfor autoritetsfigurer, arbeidskolleger og familiemedlemmer. Den indre tvang som psykosene representerer, vil hindre personlig vekst og utvikling. Denne vil hemmes av manglende evne til å moderere standpunkter, integrere nye opplevelser på en sunn måte og vokse på det. I dybdeintervjuer fremkommer det at slike pasienter er lidende, og det kan utløses en sykdomserkjennelse som ofte er skjult, men uttrykkes gjennom antydninger, fortvilelse, rådvillhet og angst. Svært ofte kan motstanden mot behandling overkommes ved hjelp av intelligent overtalelse.

Dersom det ikke lykkes å få pasienten med på behandlingsopplegget, kan tvangsbehandling med medisiner bli aktuelt. Dette forutsetter erfaring hos behandlerne og en vurdering av psykopatologi og prognose med og uten slik behandling. Medisiner og belter kan anvendes kortvarig som tvangsmidler etter nærmere retningslinjer. Utgangspunktet er da en episode med utagering der det er fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre. Isolering i forbindelse med slike hendelser brukes sjelden i vårt land. Tvang i forbindelse med innleggelse og behandling overvåkes nøye av våre tilsynsmyndigheter, kontrollkommissjonen og Fylkeslegen.

### Kliniske løsninger

God håndtering og oppfølging av pasienter med schizofreni krever kunnskaper, ferdigheter og fordomsfrie holdninger. Det forutsetter tydelighet, forutsigbarhet og ivaretagende fasthet. Den erfarne kliniker vil ha til egnet seg en rekke ferdigheter gjennom møtet med mange pasienter opp gjennom årene. Håndtering av etiske dilemmaer knyttet til enkeltskjebner gir læring som bygger seg opp over tid. Det blir en del av profesjonaliteten. I møtet med en ny pasient vil klinikerens ganske automatisk assosiere til tidligere liknende sykdomsbilder hvor utfallet er kjent. Samtidig vil hun/han overveie konsekvenser av forskjellige løsninger. Slik blir det lettere å velge riktig når saken er komplisert.

Erfaring er i de fleste psykiatriske miljøer opparbeidet gjennom tverrfaglig samarbeid. Etiske dilemmaer kan belyses i disse faggruppene og dermed lettere finne sin løsning. Fagpersoner utenfor slike miljøer bør ikke nøle med å søke hjelp når de står overfor vanskelige situasjoner av denne art.

### Litteratur

1. Larsen TK, Opjordsmoen S. Early identification and treatment of schizophrenia: conceptual and ethical considerations. *Psychiatry* 1996; 59: 371–80.
2. Tienari P, Wynne LC, Moring J. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psychiatry* 1994; 23 (suppl): 20–6.
3. Bentsen H. Treatment of schizophrenia: an update. I. The vulnerability-stress model and biological modalities. *Nord J Psychiatry* 1993; 47: 235–44.
4. Rosenqvist R. Rettspsykiatri i fortid, nåtid og fremtid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 14.
5. Fulford KWM, Bloch S. Psychiatric ethics: codes, concepts, and clinical practice skills. I: Gelder MG, López-Ibor JJ jr., Andreasen NC, red. *New Oxford textbook of psychiatry*. Bd 1. Oxford: Oxford University Press, 2000: 27–32.
6. Larøi F, Fannemel M, Rønneberg U, Flekkøy K, Opjordsmoen S, Dullerud R et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res* 2000; 100: 49–58.
7. Olin SS, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schizophr Bull* 1996; 22: 223–40.
8. Opjordsmoen S. Delusional disorders. I. Comparative long-term outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 603–12.
9. Torgalsbøen A-K. Prognosis and outcome in schizophrenia: a retrospective study of patients in full remission. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.
10. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996; 22: 201–22.
11. Opjordsmoen S, Retterstøl N. Outcome in delusional disorder in different periods of time. Possible implications for treatment with neuroleptics. *Psychopathology* 1993; 26: 90–4.
12. Munk-Jørgensen P, Perto G. De farlige psykiatriske tal. København: Munksgaard, 2000.
13. *Psykisk helsevernloven med nye forskrifter*. Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon, 2001.

○