

# Angst ved psykose

Forståelsesmodeller for en forhøyet forekomst av angstlidelser ved psykose

Ida Cathrine Jakobsen & Fredrik Lund

PSYPRO 4100 – Hovedoppgave  
Psykologisk institutt, NTNU  
Høsten 2013



## SAMMENDRAG

Forekomsten av angstlidelser er høyere ved psykose enn hos den øvrige befolkningen, og blant forstyrrelsene med høyest komorbiditet ved psykose. Dette har betydelig negativ innvirkning på psykosens forløp og utfall. Komorbid angst har historisk sett blitt oversett til fordel for psykosenes «mer primære» symptomer som følge av hierarkisk diagnostisk tenkning. Det Kraepelinske paradigmet legger fremdeles føringer for forståelsen av psykopatologi, men det er enighet om at fokus på gjenkjenning- og behandling av komorbide angstlidelser vil bidra til god psykosebehandling. Hensikten med denne hovedoppgaven var å gjøre en teoretisk undersøkelse av forskningslitteraturen på feltet for å fastslå hvilke av tre modeller som best forklarer angstlidelsene med høyest forekomst ved psykose, henholdsvis sosial fobi og OCD. Det ble funnet lite støtte for modellen som hevder at (1) *angstlidelsene er en iboende del av psykosene*. Det ble derimot funnet støtte for de to øvrige modellene som på hver sin side forklarer den høye komorbiditeten med at (2) *angstlidelsene er premorbide relaterte forstyrrelser og sårbarhetsmarkører for psykoseutvikling*; og at (3) *angstlidelsene forekommer som psykologiske reaksjoner på psykose som livshendelser*. I tillegg ble det funnet betydelige overlapp i fenomenologiske faktorer og kognitive prosesser mellom angst- og psykoselidelsene. Funnene taler for å rette fokus mot psykologiske grunnfenomener som de forskjellige diagnosekategoriene har til felles, samtidig som det taler for behandling av enkeltsymptomer fremfor brede enkeltdiagnoser. En viktig implikasjon fra dette, er at det rådende paradigmet og den grunnleggende forståelsen av psykoselidelsene må revideres for å tilpasses det symptomfokuserende og det transdiagnostiske perspektiv, hvor kontinuumstenking står sentralt.

Innledning	1
Angst ved psykose	1
Prodromalfasen og emosjonelle problemer	2
Psykosens historie	3
Forekomst av angstproblemer hos pasienter med psykose	7
OCD ved psykose	11
Obsessiv-kompulsiv lidelse	11
Forekomst av OCD ved psykose	12
Forklaringsmodeller for forhøyet forekomst av OCD ved psykose	15
OCD som del av psykosen	15
Innsikt	15
Metakognisjoner	17
Bekymring	19
Inhibering	20
OCD som premorbid sårbarhetsmarkør for psykose	21
OCD som psykologisk reaksjon på psykose som livshendelse	21
Oppsummert om forklaringsmodeller for OCD ved psykose	22
Sosial fobi ved psykose	25
Sosial fobi	25
Forekomst av sosial fobi ved psykose	26
Forklaringsmodeller for en forhøyet forekomst av sosial fobi ved psykose	29
Sosial fobi som en del av psykosen	29
Sosial fobi som premorbid relatert forstyrrelse og sårbarhetsmarkør for psykose	30
Sosial fobi som psykologisk reaksjon på psykose	31
Innsikt, skam og stigma	31
Unnvikelse	32
Annen samtidig affektiv problematikk	33
Oppsummert om forklaringsmodeller for sosial fobi ved psykose	33

Diskusjon	35
Angstlidelse som del av psykosen	35
Utviklingsforløp OCD og psykose	35
Utviklingsforløp sosial fobi og psykose	36
Komorbid angst som uttrykk for større alvorgrad av positive symptomer	37
Angstlidelse som premorbid relatert forstyrrelse og sårbarhetsmarkør for psykose	37
Angstlidelse som en psykologisk reaksjon på psykose	38
Fellesfaktorer mellom angst og psykose	39
Attribusjonsstil	39
Trusselmonitorering	40
Selv-fokusert oppmerksomhet	41
Metakognisjoner	41
Katastrofetolkninger	42
Bekymring	43
Tankeundertrykkelse	43
Tryggingsatferd	44
Konklusjon og kliniske implikasjoner	47
Kliniske implikasjoner	48
Konklusjon	49
Referanseliste	51



## INNLEDNING

Psykotiske lidelser er karakterisert ved svekkelser i kognisjon, affekt, atferd og funksjon (WHO, 2009), som medfører store vanskeligheter for de som blir rammet, deres pårørende og samfunnet som helhet. Psykose karakteriseres i DSM-IV-TR (APA, 2000) av ulike konstellasjoner av såkalte positive- og negative symptomer. Positive symptomer innebærer vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tenkning eller formelle tankeforstyrrelser, desorganisert tale og desorganisert atferd eller katatoni. Negative symptomer inkluderer blant annet affektmatthet, svekket tale, avolisjon, anergi og anhedoni. Symptomkonstellasjonen varierer til en viss grad på tvers av psykotiske lidelsers diagnostiske kategorier.

Psykotiske lidelser påvirker ikke kun individets psykiske helse; pasienter med schizofreni dør også ofte 12-15 år før den gjennomsnittlige populasjonen (en mortalitetsdifferanse som har økt de siste tiår), hvilket impliserer at schizofreni forårsaker flere dødsfall enn de fleste kreftsykdommer, og andre fysiske sykdommer (Saha, Chant & McGrath, 2007).

De fleste modeller for psykiske lidelsers etiologi, struktur og behandling baserer seg på lidelser uten komorbiditet. Da komorbiditet ved psykiske lidelser oftere er tilfellet enn det motsatte, kan det være hensiktsmessig spesifikt å undersøke forholdet mellom enkelte lidelser spesielt, der hvor disse har en høyere forekomst enn hva man kunne forvente ved tilfeldighet alene.

### **Angst ved psykose**

Angstlidelser er blant forstyrrelsene med høyest forekomst hos personer med psykose, og dette har en betydelig innvirkning på forstyrrelsens forløp og utfall (Michail & Birchwood, 2007). Det er også funn som tyder på at individer med angst og depresjon med større sannsynlighet rapporterer psykotiske symptomer, sammenlignet med individer uten psykiske lidelser (Varghese et al., 2011).

Emosjonelle forstyrrelser som kommer forut for, eller virker sammen med psykose kan påvirke psykosens utvikling, opprettholdelse og forløp (Freeman & Garety, 2003). Generelt forventes komorbide lidelser å ha negativ innvirkning på den primære lidelsen, da pasienter som fyller kriteriene for to diagnoser som regel har flere symptomer sammenlignet med pasienter med kun en lidelse (Braga, Petrides & Figueira, 2004). Komorbide angstlidelser ved schizofreni er blitt assosiert med større risiko for selvmord

(Taiminen et al., 2001), rusmisbruk, motstand overfor farmakologisk behandling, lavere grad av sosial fungering, samt økt risiko for tilbakefall (Blanchard, Mueser & Bellack, 1998; Fenton & McGlashan, 1986; Pallanti, Quercioli & Hollander, 2004). Flere studier indikerer også at komorbide angstlidelser er assosiert med generelt lavere livskvalitet ved sammenligning av pasienter med schizofreni med og uten komorbide angstlidelser (Braga, Mendlowicz, Marrocos & Figueira, 2005; Wetherell et al., 2003).

Av ovennevnte funn går det åpenbart frem at angstproblematikk ved psykose bør bli gjenstand for både teoretisk og klinisk oppmerksomhet. I den grad angstlidelser ansees som responsive overfor behandling, kan et større fokus på dette dermed gi avgjørende behandlingsmessige gevinster hos den enkelte pasient som lider av begge typer av symptomer.

### **Prodromalfasen og emosjonelle problemer**

Begrepet prodrom refererer til en periode med forstyrrelse, forut for utviklingen av en psykose, som utgjør et avvik fra personens tidligere opplevelser og atferd, (Beiser, Erickson, Fleming & Iacono, 1993). Det er konsensus om at symptomer på angst, depresjon og irritabilitet går 2-4 uker forut for positive symptomer i majoriteten av tilfellene (60-80%), gjerne sammen med subtile kognitive endringer, og senere "lav-nivå" psykotiske fenomen (Birchwood, Macmillan & Smith, 1992; Docherty, Van Kammen, Siris & Marder, 1978; Yung & McGurry, 1996). Angst regnes også som en del av ARMS (*At-risk-mental-state*), et syndrom som indikerer risiko for utvikling av psykose (Yung & McGorry, 1996). Derfra foreligger det også at emosjonell- og sosial dysfunksjon er variabler som kan predikere hvem som med størst sannsynlighet utvikler psykose, og hvem som ikke gjør det blant individer med høy risiko.

Emosjonelle forstyrrelser har i større grad fått oppmerksomhet i forbindelse med psykosers prodromalfase enn ved psykosenes utviklingsforløp forøvrig (Freeman & Garety, 2003). Det kan dermed se ut til at slike psykologiske problemer oversees til fordel for hva som ansees som «de mer primære» symptomene ved en fullt utviklet psykose. Hvilke forskningsspørsmål som stilles kan antas i stor grad å være produkt av samtidens aktuelle paradigme. Vi vil derfor gå til den historiske forståelsen av psykosene, for å se hvorvidt dette kan forklare hvorfor angst/affekt til en viss grad har blitt neglisjert i forskning og behandling av psykoser.



## Psykosens historie

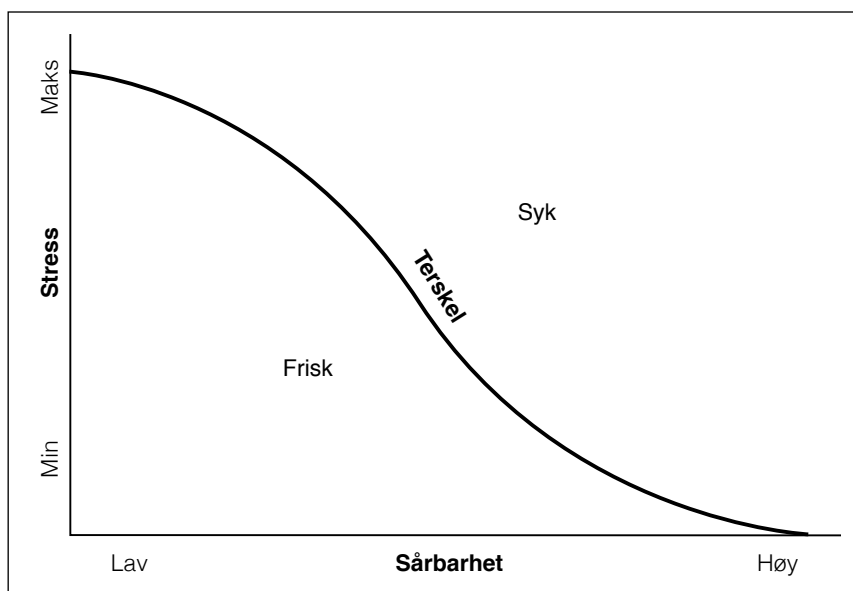
Beskrivelser av psykoselignende tilstander finner man helt tilbake i antikk litteratur (Lavretsky, 2008), og historisk skiller vi primært mellom tre paradigmer i vår forståelse av psykose (Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2004). Tidlig i det nittende århundre ble tilstanden av den franske psykiateren Morel (1809-1873) definert som demens hos unge idet han fremsatte begrepet *dementia praecox*, et konsept som i større grad ble utarbeidet av den tyske psykiateren Kraepelin (1856-1927) (Bentall, 2003). I begrepet *dementia praecox* integrerte Kraepelin samtidens beskrivelser av katatoni, hebefreni og «*dementia paranoia*» til én enkelt lidelse karakterisert av hallusinasjoner (i alle sensoriske modaliteter), vrangforestillinger, tidlig debut, samt dårlig prognose. Svekkelsene av intellektuelle funksjoner og evne til selvstendig livsførsel ble ansett som irreversible. Kraepelin postulerte videre at psykose var en lidelse med en spesifikk nevroanatomisk patologi og etiologi som i stor grad besto av nedarvede hjernesykdommer. Den kraepelinske forståelse av psykose omtales ofte som *sykdomsparadigmet*.

Innen dette paradigmet representerte psykoser noe kvalitativt annet enn det normale og friske, hvilket tydelig ble understreket av den tyske psykiater og filosof Jaspers (1883-1969), en etterfølger av Kraepelin som hevdet at «uforståelighet» var det trekket som best karakteriserte psykoser. Symptomer og atferd som ikke kunne forstås av behandler på bakgrunn av pasientens livshistorie måtte være av biologisk opphav. Psykose kunne ifølge Jaspers skilles fra de mindre alvorlige psykiatriske lidelsene omtalt som nevrososer, hvis manifestasjoner ga mening ut ifra et biografisk perspektiv (Bentall, 2003). Den kraepelinske tenkningen ble også del av reaksjonen mot psykoanalytisk tenkning omkring psykiske lidelser og behandling på 70-tallet. Den amerikanske psykiateren Klermans (1928-1992) begrep neo-kraepelinsk beskrev en ny holdning til psykisk lidelse, som skulle bidra til å styrke psykiatriens rot i det biologiske. I Klermans manifest (1978) ble det blant annet understreket at psykiaterens fokus burde være på lidelsens biologiske aspekt, samt stadfestet en grense mellom det normale og det syke (Bentall, 2003).

*Stress-sårbarhetsmodellen* for psykose (diatese-stress) representerer det andre paradigmet. Sårbarhet for utvikling av psykose utgjøres under dette perspektivet både av medfødte- og ervervede faktorer, og risiko er dermed ikke lenger underlagt biologiske forhold alene. Figur 1 nedenfor viser det hypotetiske forholdet mellom stressorer og sårbarhet. Som det fremgår av denne, postuleres det at så lenge det induserte stresset holder seg under sårbarhetsterskelen, så vil individet respondere på stressoren på

fleksibelt vis og forbli innenfor normalitetens grenser. Dersom stresset overstiger terskelen, følger det at personen sannsynligvis kan utvikle en psykisk lidelse. Videre, tenkes det at episoden vil være tidsbegrenset, altså at episoden tar slutt når stresset avtar og synker under terskelen slik at pasienten vender tilbake til en tilstand som ligner det tilpasningsnivå han eller hun befant seg i forut for episoden (Zubin og Spring, 1977). Modellen antar at utfordringer fremmer krise hos alle mennesker, men at hvorvidt krisen vil håndteres adekvat eller fører til en episode av psykisk forstyrrelse avhenger av stressets intensitet og terskelen for å tolerere dette – altså ens sårbarhet. Sårbarhet og episode står i et trekk-tilstand-forhold, det vil si at Zubin og Spring (1977) altså skiller mellom sårbarhet for schizofreni, som de anser som et relativt permanent trekk, og episoder av schizofren forstyrrelse, som de mener er vekslende tilstander. Til forskjell fra forståelsen under sykdomsparadigmet, er dårlig prognose nå heller unntak enn regel. Når episoder utvikles, er de ikke livslange, men vil før eller siden ta slutt også uten terapeutisk intervensjon.

Lidelsene antas innenfor dette paradigmet å ligge på samme kontinuum som normal atferd og normale erfaringer, og det åpnes slik for at terapeutisk endring er mulig ved å endre miljøet (Klausen & Hagen, 2008), og styrke personens evne til håndtering av utfordrende omstendigheter.



Figur 1: Forholdet mellom sårbarhet og utfordringer. Gjengitt etter Zubin og Spring (1977).

*Det symptomfokuserete paradigmet* utgjør det tredje paradigmet, og innen denne forståelsen vektlegges de enkelte symptomer fremfor bredere diagnostiske kategorier. De psykotiske symptomene antas å ligge på et kontinuum med normale opplevelser, og man har funnet at de er mer utbredt enn tidligere antatt, også i den generelle befolkningen. På

dette grunnlaget har det blitt hevdet at de tradisjonelle diagnostiske systemene synes å ha mindre vitenskapelig og klinisk verdi (Bentall, 2007). En av fordelene med tilnærmingen er at fokuset ikke eksklusivt er på kognitive svekkelser, men også mot skjevheter i persepsjon og resonnering som i større grad er resultater av feillæring, og derfor kan være mer påvirkelige av behandling enn rene svekkelser. Å fokusere på betydning av hvert enkelt symptom kan skape bedre behandlingsresultater. Utforskning av individets opplevelser av symptomene regnes behandlingsmessig som viktig innen dette paradigmet, for eksempel hvordan hallusinasjoner eller vrangforestillinger oppleves og i hvilken grad man kan handle uavhengig av disse. Man er videre opptatt av evne til mestring og forståelse av symptomene, fremfor å «kurere» dem. Herunder forstås psykotiske erfaringer nettopp som opplevelser på det samme spekter som «normale» opplevelser forøvrig, og ikke kun som symptomer på en underliggende lidelse (Hagen, Berge & Gråwe, 2007).

*Det transdiagnostiske perspektivet* utgjør en forståelsesramme som tiltrekker seg en del oppmerksomhet i dagens kliniske fagmiljø. I likhet med det symptombaserte paradigmet, er transdiagnostisk teori og behandling rettet mot å forstå og endre spesifikke prosesser ved ulike psykiske lidelser, men unikt for det transdiagnostiske perspektivet er dets særlige fokus på ulike lidelsers felles opprettholdende faktorer. Her ser man på hvordan psykologiske grunnfenomener kan forstås som utviklende og opprettholdende faktorer ved psykiske lidelser, som for eksempel et dysfunksjonelt oppmerksomhetsfokus som man kan se ved ulike angstlidelser, men også ved schizofreni. Med dette som utgangspunkt, impliserer ikke nødvendigvis høye nivåer av komorbiditet en forekomst av flere lidelser, men tvert imot mangel på enklere forståelsesmodeller som forklarer de symptomene som pasienten kommer til behandling for (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). På den ene side, bidrar perspektivet med redskaper til forståelse av sammenhengen mellom ulike lidelser, men det tvinger samtidig frem spørsmål om hvorvidt grunnlaget for forståelsen av disse enkeltlidelsene i utgangspunktet kan sies å være gyldige.

På samme tid fortsetter kraepelinsk tenkning å påvirke vestlig psykiatri i stor grad. Det har blitt påpekt at de fleste lærebøker innen psykopatologi fortsatt organiseres etter en variant av paradigmet, noe som igjen reflekterer at kraepelinsk tenkning fremdeles utgjør det primære organiserende prinsipp for psykiatrisk praksis og forskning (Bentall, 2003).

Den teoretiske forståelse av en lidelse har store implikasjoner både for forståelse, allmenn oppfattelse av sykdommen, og retningslinjer for behandling. En mer kontinuumspreget tenkning rundt psykoser gir grunnlag for et mer optimistisk syn på lidelser som tidligere ble ansett som irreversible. Den sveitsiske psykiateren Bleuler

(1857-1939) hevdet i sin tid i motsetning til Kraepelin at det ikke fantes noe klart skille mellom normalitet og sykdom (Bentall, 2003), en holdning som også er gjenopptatt i dagens kliniske forståelse gjennom den diagnostiske kontinuumstenkningen som vi forventer at vil få gradvis større plass i kommende revisjoner av både DSM og ICD.

En dimensjonal forståelse av psykotiske erfaringer forutsetter kontinuitet mellom mentalt sykt og friskt, hvilket man finner igjen både i stress-sårbarhetsmodellen og det symptomfokuserede paradigmet. At psykotiske opplevelser ligger på et kontinuum med «normale» opplevelser er en oppfatning som også understøttes empirisk (Claridge, 1987; Hagen et al., 2007; Peters, Joseph & Garety, 1999; Romme & Escher, 1989; Strauss, 1969). Et eksempel på dette finner vi i den ekstreme formen for mistenksomhet som omtales som paranoia, men som ligger langs et kontinuum av mistenksomhet alle kan kjenne seg igjen i.

Det kan altså se ut til at situasjonen i dag er den at vi har flere paradigmer i vår forståelse av psykotiske lidelser på én og samme tid, og at disse ikke alltid er like forenelige. Det er imidlertid vår oppfatning at diagnostisk kontinuumstenkning kombinert med en transdiagnostisk forståelse kan være et fruktbart utgangspunkt for forståelsen av komorbide lidelser, og at en gjennomgang av litteraturen på komorbid angst og psykose med dette perspektivet som utgangspunkt kan bidra med tiltrengt fremgang på feltet. Den historiske redegjørelsen av hvordan psykosen kan forstås, sammen med psykosens høye komorbiditet med ulike angstlidelser, fører oss dermed mot følgende problemstilling i denne hovedoppgaven:

Vi antar at det kan finnes flere sammenhenger mellom angstlidelser og psykose, og vi ønsker å gi en teoretisk gjennomgang av den rådende litteratur omkring to typer av angstlidelser (OCD og sosial angst) ved psykose, da disse to angstlidelsene er de mest prevalente hos psykosepasienter. Vi ønsker gjennom en slik gjennomgang å fremme en bedre forståelse av forholdet mellom disse lidelsene, og med dette bidra til å styrke grunnlaget for psykologiske tilnærminger til behandling for denne pasientgruppen. Det er flere måter å forstå sammenhengen mellom de to lidelsene, og som utgangspunkt ønsker vi å belyse mulige sammenhenger henholdsvis gjennom rammeverkene:

1. Angstlidelsen som del av den psykotiske lidelsen.
2. Angstlidelsen som en premorbid sårbarhetsmarkør for psykose
3. Angstlidelsen som psykologisk reaksjon på psykosen.

## FOREKOMST AV ANGSTPROBLEMER HOS PASIENTER MED PSYKOSE

Som nevnt innledningsvis er komorbide angstlidelser blant de emosjonelle forstyrrelsene med høyest forekomst hos personer med psykotiske lidelser (Michail & Birchwood, 2007). På tross av at angstproblematikk ved psykose tidlig ble ansett som en viktig del av schizofreniens psykopatologi (Bleuler, 1911) har det likevel i stor grad blitt neglisjert i den senere forskningslitteraturen. Dette kan blant annet skyldes at retningslinjer i tidligere utgaver av diagnostiseringsverktøyet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). DSM-III (APA, 1980) var preget av ekskluderingsregler basert på tanken om at psykiske lidelser er hierarkiske av natur, og de operasjonaliserte kriteriene for psykiatriske diagnoser la vekt på at lidelser som hierarkisk sett stod lavere, ikke skulle legges til den primære diagnosen. Angst ble derfor ikke diagnostisert hos pasienter med psykotiske lidelser, da det ble antatt at lidelsen best kunne forklares av psykosen (Bermanzohn et al., 2000). Dette førte således til underdiagnostisering og manglende fokus på behandling av angst hos individer med psykotiske lidelser.

Den hierarkiske tenkningen ble imidlertid utfordret av Bland, Newman og Orn (1987) som så bort fra ekskluderingskriteriene i sitt studie hvor 2,144 kanadiske individer ble intervjuet ved bruk av *Diagnostic Interview Scale*, for DSM-III. 0.71% av individene møtte kriteriene for schizofreni og blant disse møtte 59.2% kriteriene for OCD, 63.4% for fobier og 29.5% for panikklidelse. Forekomstene var slående høye sammenlignet med den generelle populasjon i samme studie (4% OCD, 12% fobi, 1.4% panikklidelse), og kort tid etter fulgte en revidering av DSM-III. Eksklusjonskriteriene ble mindre restriktive i DSM-III-R (APA, 1987), og videreutviklet i DSM-IV (APA, 1994), hvilket tillater diagnostisering av komorbide angstlidelser hos individer med psykotiske lidelser så fremt ikke symptomene bedre kan forklares av- eller er begrenset til de psykotiske symptomene (Achim et al., 2011).

Det er påvist at angstlidelser i høy grad finnes hos personer med psykotiske lidelser (Achim et al., 2011), og forekomsten kan være så høy som 60% (Braga et al., 2005; Cosoff & Hafner, 1998; Dernovšek & Šprah, 2009; Kessler et al., 2005b; Muller, Koen, Seedat, Emsley & Stein, 2004; Nebioglu & Altindag, 2009; Tibbo, Swainson, Chue & LeMelledo, 2003). Tilsynelatende er også forekomsten høyere i denne pasientgruppen enn hos den generelle populasjon (Pokos & Castle, 2006). Primært er det voksne individer som er studert, men komorbide angstlidelser er også funnet hos utvalg med schizofreni i ung alder (Ross, Heinlein & Tregellas, 2006).

En metaanalyse ble nylig foretatt av Achim et al. (2011) hvor formålet var systematisk undersøkelse av forekomst av komorbide angstlidelser ved schizofreni ved å samle prevalensrater fra flere studier. På bakgrunn av data fra 52 studier, med til sammen 4032 pasienter konkluderte forfatterne med at det generelt er høy forekomst av ulike angstlidelser blant pasienter med schizofreni. Eksempelvis ble det for GAD funnet en forekomst på 10.9% og spesifikke fobier 7.9%. Høyeste gjennomsnittlige forekomst ble imidlertid funnet for sosial fobi (14.9%). Denne diagnosen ble først beskrevet hos pasienter med schizofreni av Pilkonis, Feldman, Himmelcoch og Cornes, (1980) som merket seg høyere grad av sosial angst hos pasienter med schizofreni sammenlignet med en kontrollgruppe. Det er også vist at symptomer på sosial fobi ikke nødvendigvis er relatert til de psykotiske symptomene (Pallanti et al., 2004).

OCD kan sies å være den best dokumenterte komorbide angstlidelsen ved psykotiske lidelser, og den samlede forekomst i en metaanalysen viser at også denne er så høy som 12.1% (Achim et al., 2011). Symptomer på denne lidelsen ved psykose har lenge vært et kjent fenomen (Jahrreis, 1926), men mangel på operasjonaliserte kriterier for diagnostisering gjør det vanskelig å trekke sikre slutninger omkring forekomst på bakgrunn data fra studier av eldre dato.

Panikk lidelse ved psykotiske lidelser er også blitt gjenstand for mye oppmerksomhet i senere tid (Tibbo et al., 2003), og Achim et al. (2011) finner en gjennomsnittlig forekomst på 9.8% i sin studerte populasjon, hvilket er høyt sammenlignet med en antatt livstidsforekomst på 1.2% på verdensbasis (Somers, Goldner, Waraich & Hsu, 2006).

Videre ble det for PTSD funnet et samlet forekomst på 12.4% (Achim et al., 2011), men her bør det bemerkes at forekomststratene er svært variable, som nok best kan forklares i forhold til kriterier som brukes for å fastsette diagnosen i de ulike studier. Studier som inkluderte posttraumatiske reaksjoner til vrangforestillinger eller negative aspekter ved innleggelse som del av PTSD, estimerte forekomster så høyt som til 51% blant sine utvalg av pasienter med schizofreni (Priebe, Bröker & Gunkel, 1998). Etersom det debatteres hvorvidt PTSD ikke lenger skal klassifiseres som spesifikk angstlidelse, men kanskje bedre kan forstås som en traume- og stressrelaterte lidelse (Friedman et al., 2011), så har vi valgt å ikke fokusere på komorbiditet med PTSD til tross for den rapporterte høye forekomsten.

Achim et al. (2011) beskriver at de i sin meta-analyse for å beregne gjennomsnittlige forekomststrater slo sammen 1-års- og livstidsforekomststrater heller enn å kalkulere disse hver for seg. De begrunner dette med at flere av de gjennomgåtte studiene

unnlot å rapportere hvilke av disse det var snakk om, og at kun 8 av de 29 studiene hvor denne informasjonen var tilgjengelig rapporterte 1-års forekomster. Videre var det kun ved beregning av forekomstrater for GAD at 1-års rater var lavere enn livstidsrater for angstlidelsene (Achim et al., 2011). På tross av at forekomstratene var heterogene, og det ble observert betydelige metodologiske forskjeller på tvers av studiene (Achim et al., 2011) fant man likevel at de gjennomsnittlige forekomstratene var signifikant forskjellige fra null for hver av angstlidelsene, og ikke minst høyere enn de som vanligvis rapporteres for den generelle populasjonen (Achim et al., 2011).

Skillet mellom «rene» angstsymptomer som eksisterer sammen med den psykotiske lidelsen, og symptomer som kan skyldes lidelsen, er ikke kartlagte (Braga et al., 2004). Eksempelvis er det nærliggende å tenke at angstsymptomer i flere tilfeller kan forekomme som reaksjon på negative opplevelser knyttet til den psykotiske lidelsen som hallusinasjoner, ufrivillig innleggelse og funksjonstap (Muller et al., 2004). Enkelte hevder også at angstsymptomer ved schizofreni kan forstås som dimensjoner ved den psykotiske lidelsen på lik linje med dimensjonene som omfatter positive, negative og desorganiserte, heller enn som lidelser som opptrer samtidig (Opler & Hwang, 1994). De fleste studier på området konkluderer imidlertid med at forholdet mellom psykotiske lidelser og angstlidelser fremdeles er uklart, og at den høye forekomsten klart indikerer at dette er et område med behov for videre forskning. Dette fordi et økende fokus på gjenkjenning og behandling av komorbide angstlidelser vil være betydningsfullt for å bidra til behandlingen av psykotiske lidelser (Frueh et al., 2009; Kingsep, Nathan & Castle, 2003; Poyurovsky, Weizman & Weizman, 2004).





### **Obsessiv-kompulsiv lidelse**

Forbindelsen mellom psykose og obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) eller symptomer på denne lidelsen har vært kjent siden tidlig i det tyvende århundre (Gordon, 1926; Insel & Akiskal, 1986; Rosen, 1957; Stengel, 1945). I en av de tidligste redegjørelsene for fenomenet beskriver Bleuler (1911) ikke-psykotiske abnormaliteter tilstede før utbruddet, og blant disse var tvangstanker og tvangshandlinger.

OCD er klassifisert som en angstlidelse som karakteriseres av tvangstanker og/eller tvangshandlinger (APA, 1994; WHO, 2009). Førstnevnte refererer til vedvarende ideer, tanker eller impulser som oppleves som påtrengende, og som forårsaker betydelig angst eller ubehag. Tankene kan ofte oppleves som fremmede (egodystone), og ikke under individets egen kontroll. Tanker om smitte eller tvil i forhold til handlinger er vanlige eksempler sammen med overdrevet behov for orden eller symmetri. Tankene har ofte ingen sammenheng med reelle problemstillinger (APA, 1994).

Tvangshandlinger refererer på sin side til repetitiv atferd (som vasking, rydding og sjekking) eller mentale handlinger (som repetering av ord eller telling) hvor formålet er å nøytralisere eller redusere angst (APA, 1994). I de fleste tilfeller føler personen seg drevet til å utføre handlingene for å redusere ubehaget som følger med en tvangstanke, eller for å forebygge en fryktet situasjon eller hendelse. Frykt for smitte kan eksempelvis reduseres ved overdreven håndvask, som kan fortsette på tross av at huden blir sår. Enkelte ganger kan rigide stereotypiske handlinger utføres etter idiosynkratiske regler uten at individet kan forklare hvorfor. Videre er handlingene enten klart overdrevne eller ikke forbundet med hva de er ment å forebygge eller nøytralisere på en realistisk måte.

For en person med OCD er tvangstankene og tvangshandlingene tidkrevende, og forårsaker betydelig ubehag. Videre påvirker de individets dagligliv, yrkesmessige fungering, og sosiale relasjoner. Da tankene ofte oppleves som svært distraherende, resulterer de i mange tilfeller i svekket utførelse ved kognitive oppgaver som krever konsentrasjon. I tillegg unngår mange individer objekter eller situasjoner som kan utløse tvangshandlinger, en unnvikelse som kan bli overdreven og begrensende for generell fungering (APA, 1994). Symptomene kan for øvrig være bemerkelsesverdig heterogene i den forstand at to pasienter med samme diagnose kan utvise svært ulike symptommønstre.

Ved OCD tenker man i de fleste tilfeller at individet har innsikt i at tankene og handlingene er irrasjonelle. I DSM-IV er det imidlertid lagt til et kriterium som muliggjør diagnostisering av OCD i tilfeller hvor individet i en episode for det meste av tiden ikke gjenkjenner symptomene som overdrevne eller ufornuftige (APA, 1994).

### *Forekomst av OCD ved psykose*

Som nevnt innledningsvis er den gjennomsnittlige forekomst av OCD hos personer med schizofreni funnet å være rundt 12% (Achim et al., 2011). Dersom en lidelse forekommer sammen med schizofreni ved tilfeldigheter burde ikke forekomstraten overskride forekomsten i den generelle populasjonen (McGlashan, 1997). Dette er imidlertid ikke tilfellet i denne sammenhengen ettersom forekomsten av OCD, samt subkliniske symptomer er funnet å være høyere hos personer med schizofreni/psykotiske lidelser (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009; Byerly, Goodman, Acholonu, Bugno & Rush, 2005; Eisen, Beer, Pato, Venditto & Rasmussen, 1997; Niendam, Berzak, Cannon & Bearden, 2009; Poyurovsky, Fuchs & Weizman, 1999) sammenlignet med forekomsten hos den generelle populasjonen, hvor livstidsprevalens er funnet å være 1.6% (Kessler et al., 2005).

OCD eller symptomer på lidelsen er også funnet hos individer som vurderes å ha høy risiko for utvikling av schizofreni (Fontenelle et al., 2011; Niendam et al., 2009); hos schizofrene ved første innleggelse eller første episode (Craig, Hwang & Bromet, 2002; Poyurovsky et al., 1999); hos pasienter i tenårene med schizofreni (Nechmad et al., 2002); hos eldre med schizofreni (Poyurovsky, Bergman & Weizman, 2006); samt pasienter diagnostisert med kronisk schizofreni (Owashi, Ota, Otsubo, Susa & Kamijima, 2010).

Da forekomsten av OCD og relatert symptomatologi er funnet å være høy ved psykotiske lidelser har flere interessert seg for hvilken innvirkning dette har på de psykotiske lidelsene, og dette har resultert i ulike funn. Enkelte har hevdet at OCD forut for utbrudd av psykosen kan ha en beskyttende effekt, forsinke progresjon og potensielt også fremme remisjon (Bottas, Cooke & Richter, 2005; Rosen, 1957; Stengel, 1945). Noen studier indikerer at pasienter med schizofreni og OCD kan utvise mindre grad av formelle tankeforstyrrelser (Poyurovsky et al., 1999), færre negative symptomer (de Haan, Hoogenboom, Beuk, van Amelsvoort & Linszen, 2005; Tibbo, Kroetsch, Chue & Warneke, 2000), og bedre en global fungering (Tibbo et al., 2000) sammenlignet med pasienter diagnostisert med schizofreni alene.

Andre igjen har funnet at OCD ved schizofreni kan ha en negativ effekt på symptomer, lidelsens forløp, prestasjoner på nevrokognitive tester, og generell fungering

(Berman et al., 1995; Berman et al., 1998; Braga et al., 2004; Fenton & McGlashan, 1986; Lysaker et al., 2000; Öngur & Goff, 2005). Deriblant er det funnet at pasienter med schizofreni og OCD utviste en høyere grad av suicidale forestillinger og suicidalforsøk sammenlignet med schizofrene uten OCD (Sevincok, Akoglu & Kokcu, 2007). En nylig foretatt metaanalyse av krysseksjonelle studier indikerte at symptomer på OCD var assosiert med større alvorlighetsgrad av globale, positive eller negative symptomer (Cunill, Castells & Simeon, 2009).

Enkelte studier har også sammenlignet kliniske trekk ved schizofreni med og uten komorbid OCD. Et av disse sammenlignet 22 ungdommer med schizofreni med og uten OCD, og fant at ungdommene med begge lidelsene hadde tidligere utbrudd av schizofreni, mens det ikke ble funnet noen forskjell hva angår schizofrenisymptomenes alvorlighetsgrad (Poyurovsky, Faragian, Shabeta & Kosov, 2008). Det er også funnet at komorbid OCD kan assosieres med høyere grad av paranoia og positive symptomer, mindre anergi, økt depresjon, og komorbide personlighetsforstyrrelser, men muligens lavere generell funksjonssvekkelse (Rajkumar, Reddy & Kandavel, 2008). Imidlertid fant Whitney, Fastenau, Evans og Lysaker (2004) at pasienter med schizofreni og OCD hadde større svekkelser på tvers av et bredere spekter eksekutive funksjoner sammenlignet med pasienter uten OCD.



### **OCD som del av psykosen**

En måte å forstå den høye forekomsten av OCD ved psykose kan være at angstlidelsen er en del av den psykotiske lidelsen, som et iboende element som bidrar til å utgjøre og opprettholde lidelsen (Birchwood, 2003). Dersom dette er tilfelle vil man forvente å finne et betydelig overlapp i lidelsenes symptomer, men også en samvariasjon når det gjelder symptomenes styrke og forløp. Det er i tråd med dette funnet assosiasjoner mellom positive symptomer (hallusinasjoner, vrangforestillinger og bisarr atferd) ved psykose og tvangstanker og tvangshandlinger (Huppert & Smith, 2005). Videre er det rapportert et betydelig biologisk overlapp ved schizofreni og OCD. Dette gjelder både lidelsenes funksjonelle kretsløp som deriblant involverer frontalcortex og basalgangliene (Tibbo & Warneke, 1999), og involverte neurotransmittere som dopamin og serotonin (Buckley et al., 2009). Samtidig er det også funnet flere likhetstrekk blant lidelsenes psykologiske mekanismer hvilket kan indikere felles underliggende prosesser også på dette området.

### *Innsikt*

Enkelte av symptomene ved OCD og psykotiske lidelser ser også ut til å dele viktige trekk. Tvangstanker og vrangforestillinger er to viktige symptomgrupper ved henholdsvis OCD og psykotiske lidelser som tradisjonelt skilles fra hverandre på bakgrunn av innsikt. Som nevnt defineres vrangforestillinger som falske oppfatninger, som holdes med høy grad av overbevisning, og vanskelig lar seg påvirke av rasjonell argumentasjon (APA, 1994). Den fullstendige mangelen på innsikt i vrangforestillingens natur utløser derfor sjelden motstand hos individet som har den. Tvangstanker derimot, defineres som vedvarende tanker, impulser eller bilder som oppleves som påtrengende og upassende. Med andre ord er tvangstankene egodystone, og man tenker at individet har høyere grad av innsikt enn hva som er tilfellet ved vrangforestillinger. Således gjenkjennes tvangstankene av individet som produkter av eget sinn, og utløser derfor ofte en viss motstand hos individet (APA, 1994).

Bevissthet rundt tvangstankers urimelighet vurderes således som sentralt i forhold til diagnosen OCD, mens manglende innsikt blir ansett som et kjennetegn ved vrangforestillinger. Imidlertid ble likheter mellom psykose og OCD tidlig anerkjent nettopp i forhold til innsikt (Westphal, 1978), mens pasienter med OCD med lav innsikt i senere tid ble klassifisert som schizofrene (Rosen, 1957), eller psykotiske (Eisen & Rasmussen,

1993). Innen DSM-III-R (APA, 1987) måtte et individ gjenkjenne sine tvangstanker som irrasjonelle for å kunne diagnostiseres med OCD (APA, 1987), mens det i DSM-IV ble spesifisert at OCD kan forekomme med lav innsikt, dersom en person under gjeldende episode ikke gjenkjenner det irrasjonelle eller overdrevne ved sine tvangstanker eller tvangshandlinger (APA, 1994). Siden innsiktsbegrepet slik blir noe diffust, kan det gjøre grensene mellom hva som utgjør en tvangstanke og en vrangforestilling utydelige (Tibbo & Warneke, 1999).

Det har blitt hevdet at tvangstanker kan gå over til såkalte overvurderte ideer (OVI) ved alvorlige tilfeller av OCD (Van Dael et al., 2011). Overvurderte ideer beskrives som et kognitivt fenomen som faller mellom rasjonelle tankeprosesser og vrangforestillinger (Kozak & Foa, 1994), og er i flere studier funnet å representere et dårlig tegn prognostisk sett med tanke på behandling av OCD (Foa, 1979; Foa, Abramowitz, Franklin & Kozak, 1999; Neziroglu, Stevens, Yaryura-Tobias & McKay, 2001). I DSM-IV beskrives konseptet overvurdert idé som en irrasjonell, og vedvarende oppfatning som holdes med lavere styrke enn en vrangforestilling, og som individet er i stand til å gjenkjenne hvorvidt er sann eller usann. Videre er en oppfatning av denne typen vanligvis ikke akseptert innad i individets kultur eller subkultur (APA, 1994). Således ser det ut til at disse kognitive konstruktene ligger på samme kontinuum med ulike grader av innsikt heller enn å være kvalitativt forskjellige fenomener.

Flere funn støtter at pasienter diagnostisert med OCD utviser svært varierende grad av innsikt. I et studie ble det blant et utvalg bestående av 49 pasienter med OCD funnet at en tredjedel var sikre i sin tro på at fryktede konsekvenser ville skje dersom de ikke utførte ritualene sine; 9% var overbeviste om at det kun var uvitenhet fra andres side som kunne forklare at deres egne oppfatninger ikke ble delt av andre; 11% forsvarte sine oppfatninger standhaftig selv om de ble stilt overfor motargumenter og «motbevis»; og det ble rapportert at 12% aldri gjorde noen forsøk på å motstå sine impulser (Lelliot, Noshirvani, Basoglu, Marks & Monteiro, 1988).

En gjennomgang av ulike kasus viste også at oppfatninger hos pasienter med OCD kan være svært rigide, med lav eller ingen grad av innsikt, samtidig som innholdet også kan være av mer bisarr art enn hva som forventes ved OCD (O'Dwyer & Marks, 2000). Innholdet i dette tilfellet var bisart i form av at det vanskelig lot seg forstå, og ikke stammet fra normale livserfaringer som vanligvis beskrives av personer med OCD (for eksempel frykt for smitte, skade av familiemedlemmer, etc.) hvilket er i tråd med retningslinjene for vrangforestillinger i DSM-IV (APA, 1994). I tråd med dette er det også funnet korrelasjoner mellom bisarre vrangforestillinger og tvangstanker (Guillem, Satterthwaite, Pampoulova &

Stip, 2009). Pasienter med OCD utviser således et bredt spekter hva angår innsikt, og mellom 5-25% kan sies å være karakterisert av delvis innsikt eller fullstendig mangel på sådan (Lelliot et al., 1988; Eisen & Rasmussen, 1993; Foa & Kozak, 1995). I tillegg er det muligheter for at en liten del av pasientene kan oppleve en overgang av sine tvangstanker til en vrangforestilling (Insel & Akishal, 1986). Tvangstanker og vrangforestillinger kan derfor reflektere manifestasjoner av samme underliggende mekanismer, men med ulike grader av innsikt (Eisen & Rasmussen, 1993; Kozak & Foa, 1994; O'Dwyer & Marks, 2000).

### *Metakognisjoner*

Kognitive modeller av OCD (Salkovskis, 1985; Wells, 1997) understreker at det oftest er oppfatningen eller fortolkningen av intrusjoner som er den primære kilde til ubehag og opprettholdelse av lidelsen. Intrusjoners rolle i psykopatologi har lenge vært gjenstand for interesse, og kan defineres som vedvarende tanker, bilder eller impulser som for individet oppleves som uønskede eller uakseptable, og som vanligvis følges av ubehag og forstyrrer normal aktivitet (Rachman, 1978). Det antas at individer med OCD har en kognitiv stil preget av mislykkede forsøk på å undertrykke egne tanker, samt en oppfatning av at tankene kan resultere i skade og at de derfor må nøytraliseres (Van Dael et al., 2011). En konsekvens av denne kognitive stilen er at enkelte intrusjoner kan vedvare, skape ubehag og slik bli et symptom (Salkovskis, 1989). Videre opprettholdes oppfatningene rundt egne tanker som farlige gjennom nøytraliserende atferd som utføres for å forebygge uønskede konsekvenser, eller redusere opplevd ansvar for fryktet skade, og som i sin tur hindrer avkreftelse av oppfatningene rundt egne tanker (Morrison, 2001). Samme rammeverk er forsøkt anvendt for å forstå hvordan auditive hallusinasjoner opprettholdes. I følge Morrison, Haddock og Tarriers (1995) heuristiske modell finnes opprinnelsen til auditive hallusinasjoner hos intrusjoner som for individet innebærer høy grad av kognitiv dissonans. En slik dissonans vil stamme fra manglende overensstemmelse mellom et individs tanker og oppfatninger omkring kontroll over disse tankene. Dissonansen kan i sin tur skape ubehag som individet forsøker å redusere ved å attribuere intrusjonen til en ekstern kilde. Basert på dette synet kan et individ som opplever ubehagelige tanker som ikke kan kontrolleres, men samtidig har en sterk oppfatning av at en burde kontrollere egne tanker, ha tilbøyeligheter til å attribuere disse tankene til en kilde utenfor han eller henne selv (Larøi & Van der Linden, 2005).

Det er foreslått at en indre eller ytre faktor utløser en auditiv hallusinasjon som individet feiltolker som truende for sin fysiske eller psykiske integritet (Morrison, 2001).

Feiltolkningene kan føre til et negativt stemningsleie og fysiologisk opphisselse hos individet, som i sin tur kan lede til flere hallusinasjoner. Feiltolkningene kan også utløse tryggingssatferd hos individet som i denne sammenhengen kan bestå av hypervigilans som kan øke forekomst av auditive hallusinasjoner, samt hindre avkretning av de feilaktige tolkningene. I likhet med dette kan nøytraliserende atferd ved OCD (tvangshandlinger) hindre avkretning av tvangstanker. Antagelsen er således at det er oppfatning og fortolkning av de auditive hallusinasjonene som forårsaker ubehaget, og ikke hallusinasjonen i seg selv (Chadwick & Birchwood, 1994; Morrison, 2001).

Blant utvalg av pasienter med henholdsvis hallusinasjoner og tvangstanker ble det funnet at begge gruppene så egne tanker som ukontrollerbare og farlige, og ikke minst hadde de antagelser om at tankene kunne ha direkte innvirkning på virkeligheten (García-Montes, Pérez-Álvarez, Balbuena, Garcelá & Cangas, 2006). Tankene hos disse pasientene bar således preg av overtro eller magisk tenkning, samt overdrevne oppfatninger omkring ansvar relatert til egne tanker. Denne typen metakognitive oppfatninger refereres til som *thought-action-fusion* (TAF) og viser til en fusjonering mellom tanker og faktiske handlinger, altså feiltolkninger som involverer kausale forhold mellom egne tanker og den ytre realitet (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). Feiltolkninger som TAF anses som et normalt fenomen som til en viss grad forekommer hos den generelle befolkning (Shafran & Rachman, 2004), og kan sammenlignes med overtro som slett ikke hos alle konstituerer et klinisk problem. Det som tilsynelatende skiller individer som utvikler symptomer fra de som ikke gjør det, er fortolkningen individene gjør seg om egne tanker som farlige, samt forsøk på å kontrollere dem. Blant ikke-kliniske populasjoner er det i tråd med dette funnet at forsøk på undertrykkelse av uønskede tanker fører til større ubehag sammenlignet med aksept av tankene (Marcks & Woods, 2005). Mer spesifikt er det også funnet at overtro var nært korrelert med auditive hallusinasjoners kvalitet i respons til ikke-vokalt lydstimuli etter utførelse av en oppgave som omhandlet undertrykkelse av tanker (García-Montes, Pérez, Álvarez, & Fidalgo, 2003). Dette indikerer at overtroiske oppfatninger kan være involvert i lite hensiktsmessige forsøk på å kontrollere uunngåelige begivenheter, som med stor sannsynlighet ville skapt færre vansker ved aksept (Marcks & Woods, 2005). Imidlertid bør det nevnes at betydningen av metakognitive faktorer ved hallusinasjoner er noe diskutert. Varese og Bentall (2011) fant en robust assosiasjon mellom metakognisjoner og tilbøyeligheter overfor hallusinasjoner i ikke-kliniske utvalg, men en mer moderat assosiasjon blant kliniske utvalg. På tross av dette kan det se ut til at måten individer forholder seg til egne



intrusjoner kan være en betydningsfull faktor for hvorvidt forstyrrelse oppstår, både relatert til tvangstanker og psykotiske symptomer.

### *Bekymring*

Intrusjoner er vanlige fenomen både ved OCD og ved psykotiske lidelser, men også hos normalpopulasjonen (Clark & de Silva, 1985). Som nevnt kan det se ut til at individer med OCD og psykotiske lidelser skiller seg fra normalpopulasjonen ved måten de forholder seg til egne intrusjoner på. Det er foreslått at måter å håndtere ubehagelige intrusjoner kan deles inn i fem grupper: Distraksjon (gjøre noe annet); straff (bli sint på seg selv for å ha tanken); bekymring (dvele ved tanken); revurdering (analysere tanken rasjonelt); og sosial håndtering, eksempelvis søke bekreftelse ved å spørre andre hvorvidt de har opplevd lignende tanker (Wells & Davies, 1994). Bekymring anses som den kognitive komponenten innen angst og er blitt vurdert som en uspesifikk prosess på tvers av et bredt spekter psykopatologi (Wells & Matthews, 1994). Videre kan bekymring beskrives som et forsøk på mental problemløsning som ofte virker opprettholdende på plagene, og skaper en følelse av trussel fremfor å frembringe faktiske løsninger (Wells, 2009).

Det er funnet signifikante forhold mellom bekymring og psykiske lidelser, deriblant ved OCD (Abramowitz, Whiteside, Kalsy & Tolin, 2003; Amir, Cashman & Foa, 1997) og schizofreni (Morrison & Wells, 2000). Felles for pasienter med OCD og schizofreni er at de tilsynelatende oftere benytter strategier relatert til straff og bekymring for å håndtere intrusjoner sammenlignet med friske individer som oftere benytter strategier som distraksjon. Høye nivå av bekymring er deriblant funnet hos individer med vrangforestillinger relatert til forfølgelse i en undersøkelse av Freeman og Garety (1999), som sammenlignet grupper med generalisert angstlidelse og vrangforestillinger om forfølgelse. Generalisert angstlidelse karakteriseres blant annet av overdreven bekymring om en rekke områder (APA, 2000). Hos disse individene finner man i tillegg ofte såkalt metabekymring, som hovedsaklig viser til bekymring om bekymring i seg selv, deriblant om bekymringenes omfang og grad av kontroll man har over dem (Wells, 1999). Freeman og Garety (1999) fant at gruppen med vrangforestillinger og gruppen med generalisert angstlidelse var sammenlignbare i forhold til bekymringsnivå, at både tendensen til å bekymre seg og hvor ofte de gjorde dette var ganske likt for begge gruppene. De fant også at høyere grad av ubehag ved opplevde vrangforestillinger var assosiert med høyere nivåer av metabekymring hos gruppen med vrangforestillinger. Det vil si at individene i denne gruppen hadde ubehag skapt av vrangforestillingene, bekymringer om vrangforestillingene, og videre negative metakognisjoner rundt disse tankeprosessene.

Dette understøtter antagelsen om at bekymring er et forsøk på håndtering av intrusjoner som går på tvers av psykiske lidelser, og som kan virke som en opprettholdende faktor både ved OCD og psykose, deriblant gjennom å skape ytterligere ubehag.

### *Inhibering*

Begrepet eksekutive funksjoner refererer til kompleks kognitiv prosessering som krever koordinering av flere underprosesser for å oppnå spesifikke mål (Elliot, 2003).

Nevropsykologiske funn tyder på at dysfunksjon relatert til eksekutiv prosessering kan knyttes til en rekke psykiske forstyrrelser (Elliot, 2003). Inhibering av irrelevant informasjon er en sentral faktor ved eksekutiv fungering (Barkley, 1997), og i forhold til dette hevder enkelte forfattere at det kan være en felles underliggende mekanisme ved auditive hallusinasjoner og tvangshandlinger som vedrører svekket evne til inhibering ved OCD og psykose. Tvangshandlinger oppfattes ofte som en utagering eller respons overfor tvangstanker, og dette kan også være tilfelle ved auditive hallusinasjoner som enkelte mener kan sees som perseptuell utagering i respons til angstfremmende vrangforestillinger (Guillem et al., 2009). Således er det mulig at disse symptomene representerer en minsket kapasitet til å hemme respons til intrusjoner i form av tanker og atferd. Denne antagelsen understøttes av funn som viser svekket evne til inhibering ved begge lidelsene.

I et studie av Bannon, Gonsalvez, Croft og Boyce (2002) ble det funnet at evne til både kognitiv og atferdsmessig inhibering var svekket hos en gruppe pasienter med OCD, vist gjennom «go/nogo» oppgaver og Stroop-paradigmet. Svekket evne til kognitiv inhibering kan således gjøre individet sårbart overfor vedvarende intrusjoner som tanker, impulser og bilder, mens svekket atferdsmessig inhibering kan være relatert til manglende evne til å kontrollere prepotente responser, som tvangshandlinger (Bannon et al., 2002). Kognitive inhiberingsvansker hos pasienter med OCD ble også funnet av Enright og Beech (1993).

Eksekutiv dysfunksjon i form av svekket inhiberingsevne er også fremtredende ved schizofreni (Elliot & Sahakian, 1995; Pantelis et al., 1997). Enticott, Ogloff og Bradshaw (2008) fant langsomme inhiberingsprosesser blant et utvalg voksne med schizofreni ved en såkalt «stop-task». Bellgrove et al. (2006) studerte responsinhibering hos et utvalg unge med schizofreni med utbrudd før fylte 19 år som gjennomførte en «stop-signal task». Resultatene indikerte en spesifikk lateralisert svekkelse av responsinhibering hos de klassifisert med uspesifisert schizofreni. På tross av noe ulike studier kan det se ut til at det er en felles underliggende nevropsykologisk svekkelse ved OCD og psykose.

## **OCD som premorbid sårbarhetsmarkør for psykose**

Ovenfor er det vist til at OCD er funnet gjennom ulike faser av psykosenes utviklingsforløp, deriblant hos personer som vurderes å være i høy risiko for utvikling av schizofreni (Fontenelle et al., 2011; Niendam et al., 2009), hos schizofrene ved første innleggelse eller første episode (Craig, Hwang & Bromet, 2002; Poyurovsky et al., 1999) og hos pasienter i tenårene med schizofreni (Nechmad et al., 2002). I en litteraturgjennomgang av nyere forskning på angst ved psykose, understreker Pallanti, Cantisani og Grassi (2013) viktigheten av å undersøke symptomer for angst, OCD og somatiske bekymringer under utredning av prodromalfasen. Det er også funnet tidligere psykoseutbrudd ved komorbiditet hos en gruppe ungdom med schizofreni med- og uten komorbid OCD, hvor alvorlighetsgraden av psykosesymptomene var den samme mellom de to gruppene (Poyurovsky et al., 2008). Andre har derimot ikke funnet signifikante forskjeller med hensyn til faktisk psykoseutvikling hos individer med- og uten OCD som var identifisert til å være i høy risiko for utvikling av psykose (Fontenelle et al., 2011; Niendam et al., 2009). Samlet sett ser det altså ikke ut til at OCD beskytter mot psykose, men kan tvert imot være en faktor som påvirker sårbarhet for eksempel ved fremskynding av psykoseutvikling. På bakgrunn av den tilgjengelige kunnskapen fra dette feltet lar det seg derimot ikke uten videre konkludere med at nærvær av OCD predikerer overgang til psykose hos personer som er i risiko for dette, og kan således ikke med sikkerhet utpekes som noen sårbarhetsmarkør for psykoseutvikling.

## **OCD som psykologisk reaksjon på psykose som livshendelse**

Psykose og psykotiske symptomer er belastende hendelser, med store krav til tilpasning fra det berørte individet og dets pårørende (Birchwood, 2003). Psykose kan således konseptualiseres som en livshendelse som kan utløse depressive og angstrelaterte reaksjoner gjennom implikasjonene det får for personlige, sosiale og yrkesmessige områder av livet. I tråd med dette fant Karatzias, Gumley, Power og O'Grady (2007) en forbindelse mellom oppfatninger av sykdom og komorbide angstlidelser. De argumenterer på bakgrunn av dette for at depresjon og angst kan forekomme som respons til pasientens opplevelse av lidelsen som vedvarende, ukontrollerbar og sosialt stigmatiserende, hvilket i sin tur kan resultere i følelser av nederlag og isolasjon. De samme forfatterne fant også at individer med psykose og minst én komorbid lidelse (affektiv eller angstrelatert) i tillegg hadde signifikant lavere GAF-skåre, flere negative oppfatninger omkring sin lidelse, samt lavere selvaktelse sammenlignet med de uten en komorbid lidelse (Karatzias et al., 2007).

Med andre ord var opplevelsen av å være fanget i psykosen med manglende kontroll over eventuelle tilbakefall kombinert med lav selvaktelse signifikant prediktor for komorbiditet.

Hva angår OCD er det tilsynelatende mindre litteratur omkring hvordan denne spesifikke lidelsen kan oppstå som en reaksjon på psykose. Det er imidlertid gjort funn som peker mot at enkelte symptomer kan være et forsøk på mestring av ubehaget psykosen fører med seg. Tvangsmessig samling, som refererer til tilegnelse og manglende evne til å kvitte seg med store mengder objekter, assosieres ofte med lidelsen OCD (Rasmussen & Eisen, 1989). I et tidligere nevnt studie av Guillem et al. (2009) som studerte korrelasjoner mellom psykotiske og tvangsrelaterte symptomer ved schizofreni, ble det funnet inverse forhold mellom tvangssamling og bisarre vrangforestillinger og auditive hallusinasjoner. Dette funnet forholdt seg konstant også når det ble kontrollert for grad av disorganiserte symptomer. Funnet kan tyde på at tvangsmessig samling for enkelte kan være en måte å redusere angst som skapes av positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, hvilket i dette tilfellet gjøres gjennom å ta kontroll over ytre faktorer.

### **Oppsummert om forklaringsmodeller for OCD ved psykose**

OCD forekommer ofte ved psykotiske lidelser, og virker ikke å være avgrenset til noen spesifikk fase i forløpet ved en psykose. Lidelsene har biologiske fellestrekk, og flere psykologiske mekanismer virker også å overlape. Eksempelvis er det vanskelig å finne klare holdepunkter for at symptomer som vrangforestillinger er noe kvalitativt annet enn tvangstanker. I stedet kan det virke som om dette er fenomener som befinner seg på et kontinuum med ulike grader av innsikt. Skillet mellom de ulike lidelsene forstyrres videre av begreper som obsessiv psykose (Insel & Akiskal, 1986; Solyom, DiNicola, Phil, Sookman & Luchins, 1985), og vrangforestilt OCD (O'Dwyer & Marks, 2000). Litteraturen indikerer også at det er flere like opprettholdende mekanismer ved OCD og psykose, deriblant metakognisjoner og strategier for håndtering av ubehag. Man kan således si at empirien ikke støtter et klart skille mellom lidelsene. Imidlertid er angstlidelsens innvirkning på psykosens alvorlighetsgrad uklar, samtidig som angstlidelsen heller ikke ser ut til å systematisk følge forløpet i den psykotiske lidelsen. Videre er medikamentell antipsykotisk behandling omdiskutert i denne sammenhengen da det ser ut til å kunne skape eller forverre symptomer på OCD. Dersom OCD er en del av den psykotiske lidelsen bør det kunne forventes at behandling med antipsykotika reduserer symptomer på denne lidelsen. Imidlertid er det diskutert hvilken effekt antipsykotika har overfor OCD, ettersom det av flere har blitt funnet at enkelte atypiske antipsykotika ser ut til å skape eller forverre

symptomer på OCD hos personer med psykose (Alevizos, Lykouras, Zervas & Christodoulou, 2002; de Haan, Beuk, Hoogenboom, Dingemans & Linszen, 2002; de Haan, Linszen & Gorsira, 1999; Lykouras et al., 2003; Mahendran, 1999; Patil, 1992; Poyurovsky, Hermesh & Weizman, 1996; Tibbo & Warneke, 1999).

På bakgrunn av dette kan man vanskelig konkludere med at OCD er en iboende del av psykosen, samtidig som det heller ikke ser ut til å være et kvalitativt annet fenomen kun uttrykt som en komorbid lidelse. Muligens kan OCD oppstå som reaksjon på psykose, men på bakgrunn av få funn relatert til dette kan man heller ikke si noe sikkert om denne sammenhengen.



### Sosial fobi

Sosial fobi karakteriseres ved en alvorlig og vedvarende frykt for kritisk granskning i sosiale sammenhenger eller situasjoner betinget av prestasjoner, hvorunder individet frykter for at han eller hun vil skjemme seg ut ved sine handlinger. Eksponering overfor fryktede situasjoner vil nesten ufravikelig fremprovosere angst. Vanlige symptomer er rødming, skjelvende hender, kvalme eller sterk trang til vannlating, og noen ganger kan personen være overbevist om at disse sekundære angstmanifestasjonene er det primære problemet. Fryktede situasjoner unngås eller utholdes med intens angst eller ubehag. Unnvikelsesatferden er ofte uttalt, og kan i ekstreme tilfeller resultere i nesten fullstendig isolasjon. Unnvikelse eller bekymring for fryktede situasjoner er vesentlig ødeleggende for personens normale rutine, yrkesfunksjon, sosiale aktiviteter eller relasjoner. (APA, 2000; WHO, 1992). DSM-IV-TR spesifiserer at personen gjenkjenner frykten som overdrevet eller irrasjonell. Sosiale fobier kan være avgrensede til spesifikke sosiale bekymringsområder, eller være diffuse og innbefatte så og si alle sosiale situasjoner utenfor familien, og innen DSM-IV-TR skilles det i tråd med dette diagnostisk mellom *spesifikk* og *generalisert* sosial fobi (APA, 2000). Med utgangspunkt i data fra nyere epidemiologiske undersøkelser og sammenligninger av funn fra den voksne allmennbefolkningen og kliniske populasjoner, kan man nå derimot si at sosial angst i den generelle befolkningen later til å finne sted langs et kontinuum av alvorsgrader, som en normaldistribuert variabel med patologiske tilstander (sosial fobi og unnvikende personlighetsforstyrrelse) i den ene enden av spekteret og med sub-syndromal sosial fobi og sjenanse i gråsonen mellom normalitet og patologi (Furmark, 2002; Ruscio et al., 2008; Witchen, Stein & Kessler, 1999)

Begrepene sosial angst og sosial fobi knyttes som regel henholdsvis til diagnosesystemene DSM-IV og ICD-10, men brukes om hverandre i litteraturen ofte uavhengig av hvilket diagnosesystem det vises til at er blitt fulgt (jfr. eksempel Michail & Birchwood, 2009). I denne teksten vil det finne sted en blandet begrepsbruk i sammenheng med de studier det til enhver tid vises til, men det vil hele tiden være snakk om relativt alvorlige tilstander som kvalifiserer til diagnose med mindre annet er spesifisert.

Sosial fobi har blitt vist som den psykiske lidelsen med høyest livstidsforekomst etter markant depresjon, alkoholmisbruk og spesifikk fobi (Kessler et al., 2005a). Epidemiologiske undersøkelser for norske, europeiske og amerikanske forhold, samt

litteraturgjennomganger av både engelskspråklige og ikke-engelskspråklige artikler publisert mellom 1980 og 2001, rapporterer om livstids- og tolv måneders-prevalens for sosial fobi henholdsvis mellom 4.5 og 13.0 % og 3.6 og 7.9 %, hvorav signifikant flere kvinner enn menn rammes av lidelsen med et forhold på omlag 3:2 (Furmark, 2002; Kessler et al., 2005a, 2005c; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2006; Somers et al., 2006; Witchen et al., 1999).

Sosial fobi debuterer som oftest tidlig i ungdomsalder, og følger vanligvis et stabilt, ikke-remitterende utviklingsforløp gjennom livsløpet dersom den forblir ubehandlet (Furmark, 2002). I utvalget til Witchen et al. (1999) ble det funnet at de fleste sosiale fobier begynte i alderen mellom 10 og 21 år, og at personer med generalisert sosial fobi var signifikant yngre ved lidelsesdebut enn personer med ikke-generalisert sosial fobi. Kessler et al. (2005a) fant at medianalderen for debut av sosial fobi i utvalget fra NCS-R (*National Comorbidity Survey Replication*) var 13 år. Lidelsen forbindes videre med anseelig reduksjon i allmenn funksjonsevne, slik som yrkesevne, familiefungering, relasjoner og sosiale aktiviteter. Den debuterer tidlig med et stabilt og kronisk utviklingsforløp dersom det forblir ubehandlet, og forbindes med vesentlig komorbiditet særlig for rusmisbruk, andre angstlidelser og markant depresjon både i kliniske utvalg og i befolkningen generelt (Furmark, 2002, Ruscio et al., 2008; Schneier, Johnson & Hornig, 1992; Witchen, et al., 1999). Av de sentrale angstlidelsene, er sosial fobi den som har lavest remisjonsrate (Massion, et al., 2002).

Ved siden av å være en vesentlig belastning i seg selv, kan det også argumenteres for at sosial fobi er et velegnet mål for forebyggende tiltak begrunnet i lidelsens relativt tidligere debut sammenlignet med mange andre psykiske lidelser (Kessler, 2005a), nære assosiasjoner med antatte risikofaktorer slik som atferdsinhibering (Hayward, Killen, Kraemer & Taylor, 1998; Turner, Beidel & Wolff, 1996;) og lav positiv affekt (Mineka, Watson & Clark, 1998). Lidelsen er likevel underbehandlet, og er ikke fokuset for klinisk oppmerksomhet ved mer enn omtrent halvparten av tilfellene der hvor behandling mottas (Ruscio et al., 2008).

### *Forekomst av sosial fobi ved psykose*

Sosial angst er en vanlig, men ofte uoppdaget komorbid lidelse ved schizofreni, og forbindes med alvorlig funksjonsnedsettelse (Pallanti et al., 2004). Likevel var det ikke før undersøkelsen til Pilkonis et al. (1980) at symptomer på sosial angst ble anerkjent som med høyere forekomst hos pasienter med schizofreni sammenlignet med kontrollgrupper (Braga, Petrides & Figueira, 2004). Blant ulike studier på feltet har det siden den gang blitt



rapportert om en forekomst av sosial fobi hos personer med psykoselidelser (inkludert affektive psykoser og bipolar lidelse) mellom 8.2 og 36.3% (Achim et al., 2011; Argyle, 1990; Cassano, Pini, Saettoni, Rucci & Dell'Osso, 1998; Cosoff & Hafner, 1998; Goodwin et al., 2003; Michail & Birchwood, 2009; Pallanti et al., 2004; Tibbo et al., 2003).

Achim et al. (2011) gjennomførte en metanalyse av 52 ulike forekomststudier med tilsammen 4032 pasienter, slo sammen ettårs- og livstidsprevalens fra disse og regnet ut et gjennomsnitt for ulike komorbide angstlidelser ved psykose (definert som schizofrenispekterlidelser ved diagnosene schizofreni, schizoaffektiv lidelse, schizofreniform- og paranoid psykose, og psykose ikke nærmere angitt). Den høyeste gjennomsnittlige prevalensen blant angstlidelsene ble der funnet for sosial fobi ved schizofreni, med 14.9% (med en variasjon fra 7 til 39%). Disse tallene ble statistisk sammenlignet med tall på forekomsten av sosial fobi hos den øvrige befolkningen fra en litteraturgjennomgang om angstlidelser utført av Somers et al. (2006), som rapporterte de beste estimater for livstids- og tolv månedersprevalens på henholdsvis 4.5% og 3.6%. Forekomsten av sosial fobi ved psykose er altså ikke bare høy, men høyere enn hva man kunne forvente å finne hos den øvrige befolkningen.

Foruten om ovennevnte funn som viser diagnostisk komorbiditet, har det også blitt funnet forhøyet forekomst av sosial fobi og relatert problematikk hos barn og voksne som er i risiko for- og senere utvikler schizofreni og andre psykoselidelser (Hollis, 2003; Johnstone, Ebmeier, Miller, Owens & Lawrie, 2005; Krabbendam et al., 2002; Miller et al., 2002; Owens, Miller, Lawrie & Johnstone, 2005; Tien & Eaton, 1992). Som ved OCD virker ikke forekomsten av sosial fobi og relaterte symptomer å være begrenset til en spesifikk fase i psykotiske lidelsers forløp. Det er funnet ved første gangs episode (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2009; Romm et al., 2011; Romm, Melle, Thoresen, Andreassen, & Rossberg, 2012; Voges & Addington, 2005); i en akutt fase (Cassano et al., 1998; Cossof & Hafner, 1998; Goodwin et al., 2003; Mazeh et al., 2009; Penn, Hope, Spaulding & Kucera, 1994); ved kronisk schizofreni (Argyle, 1990; Lysaker et al., 2011; Pallanti et al., 2004; Tibbo et al., 2003) og i en post-psykotisk fase (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2009).



# FORKLARINGSMODELLER FOR EN FORHØYET FOREKOMST AV SOSIAL FOBI VED PSYKOSE

Det er vist at forekomsten av sosial fobi ved psykose er forhøyet utover hva man finner hos befolkningen forøvrig og hva man kunne forvente som følge av tilfeldigheter alene (f.eks. Somers et al., 2006). Ulike forskere på feltet har forklart egne- og hverandres funn med utgangspunkt i forskjellige teorier om hvorvidt sosial fobi bør forstås som en iboende del av psykoselidelen, som sårbarhetsmarkør for utvikling av psykose eller som en psykologisk reaksjon på psykoselidelsen og konsekvenser av denne. Hver enkelt av disse ulike forklaringsmodellene vil drøftes i det følgende ut ifra tilgjengelige studier på området.

## **Sosial fobi som en del av psykosen**

Én mulig forklaring på den forhøyede forekomsten av sosial angstlidelse hos denne gruppen, er at sosial angst er en kjernekomponent ved schizofrenisyndromet i seg selv. Det finnes noe støtte for synspunktet om at sosial angst er en kjernekomponent ved det psykotiske syndromet (Freeman, Garety & Kuipers, 2001). Dersom sosial angst finner sted som iboende del av den psykotiske lidelse, kan dette tenkes å komme til uttrykk ved at symptomene følger psykosens øvrige utviklingsforløp (patogenese) ved å samvarierte ikke bare i nærvær, men også i styrke med positive- og negative symptomer. Sosial angst bør således også være nært forbundet med psykotiske episoder. En studie av Lysaker et al. (2010) fant et signifikant forhold mellom forfølgelsesforestillinger og sosial angst. Andre har rapportert at sosial angst er relatert kun til negative symptomer og ikke til positive symptomer (Penn et al., 1994; Voges & Addington, 2005). Dette er i tråd med en nyere longitudinell studie som fant at vedvarende sosial angst predikeres av mer negative symptomer (Lysaker, Yanos, Outcalt & Roe, 2010).

På den annen side, har andre studier ikke lyktes i å finne noe forhold mellom hverken positive- eller negative symptomer og sosial angst (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2009; Pallanti et al., 2004; Romm et al., 2012), til tross for at det der har blitt gjort eksplisitte forsøk på dette. Dersom sosial angst er en del av den psykotiske lidelsen, følger det også at behandling med antipsykotika bør redusere sosial-fobiske symptomer ved siden av psykosesyntomer. Det har blitt rapportert om fremvekst av sosial fobi assosiert med antipsykotisk behandling med clozapine hos schizofrene pasienter uten tidligere historie for angst (Pallanti, Quercioli, & Pazzagli, 2000; Pallanti, Quercioli, Rossi & Adolfo, 1999). Som tidligere vist til under omtale av forekomst av sosial angstlidelse ved

psykose, så finner komorbiditeten sted under alle lidelsens faser, inklusivt den post-psykotiske (f.eks Michail & Birchwood, 2009). I en av de ovennevnte studiene ble det dessuten derimot funnet evidens for at den sosiale angsten tilkjennega seg først under perioden for tilfriskning fra psykosesyntomene (Pallanti et al., 2004). Det ser altså ikke ut til at sosial angst følger psykosens patogenese særlig tett verken i takt eller størrelse. Dersom nærvær av komorbid sosial angst var betegnende for en mer alvorlig psykosetilstand og simpelthen reflekterte et nærvær av mer alvorlige hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger, kunne lavere sykdomsinnsikt forventes, men nyere funn tyder på det motsatte av dette (Birchwood et al., 2006; Romm et al., 2012).

### **Sosial fobi som premorbid relatert forstyrrelse og sårbarhetsmarkør for psykose**

En annen mulighet, er at sosial angst er en premorbid utviklingsrelatert forstyrrelse som øker sårbarheten for overgang til schizofreni hos personer som er i risiko for dette. Sosial fobi vil således kunne ansees som å være sårbarhetsmarkør for schizofreni.

Det har blitt foreslått en kobling mellom sjenanse, schizofreni og sosial dysfunksjon fra tidlig barndom (Goldberg & Schmidt, 2001). Høy nevrotisisme og lav selvaktelse (Krabbendam et al., 2002) samt svak sosial tilpasning med nærvær av sosial angst, har blitt vist å predikere senere utvikling av psykose og schizofreni (Jones, Rodgers, Murray, & Marmot, 1994; Kugelmass et al., 1995; Malmberg, Lewis, David, & Allebeck, 1998). Økt forekomst av premorbid dysfunksjon og spesielt emosjonelle forstyrrelser slik som sosial angst, tilbaketrekning og isolering er dokumentert forut for psykose (Hollis, 2003; Tien & Eaton, 1992), ett år før utvikling av positive symptomer (Tien & Eaton, 1992) og med særlig assosiasjon til schizofreni med debut i barne- og ungdomsalder (Hollis, 2003). Funnt fra *Edinburgh High Risk Study* (Miller et al., 2002; Johnstone et al., 2005; Owens, Miller, Lawrie & Johnstone, 2005) bekrefter at nærværet av sosial tilbaketrekning og sosio-emosjonell dysfunksjon hos personer som er i høy risiko for psykoseutvikling, er blant faktorene som predikerer faktisk overgang til psykose. Introversjon, sosial angst og isolering var der blant de mest fremtredende og høyest forekommende faktorene som skilte mellom individer i høy risiko som ble psykotiske eller forble friske. Både premorbid personlighet og premorbid sosial tilpasning, spesifikt evnen til å danne langvarige vennskap og sosialisere i grupper, har blitt funnet å være assosiert med senere utvikling av psykose (Malmberg et al., 1998). Sosial angst kan være en premorbid utviklingsforstyrrelse som karakteriseres ved større grad av uttrykte sosiale vansker forut for psykosedebut (Malmberg et al., 1998; Johnstone et al., 2005; Romm et al., 2012). Romm et al. (2012) fant tilsvarende signifikante forskjeller i premorbid fungering mellom

personer med første psykoseepisode (FEP) og henholdsvis ingen sosial angst, sosial angst eller mer alvorlig generalisert sosial angst, spesifikt med hensyn til sosial tilpasning. Gruppen med generalisert sosial angst hadde også signifikant lenger varighet av ubehandlet psykose (DUP) enn dem med færre eller ingen problemer med sosial angst.

Den andre kjente studien som tar for seg premorbid tilpasning ved FEP og dets forhold til sosial angst (Birchwood et al., 2006), viste på den annen side ingen forskjeller i premorbide likemanns-relasjoner hos en gruppe FEP-pasienter med sosial angstlidelse sammenlignet med FEP-pasienter uten sosial angstlidelse.

### **Sosial fobi som psykologisk reaksjon på psykose**

Psykose og psykotiske symptomer kan betraktes som utfordrende eller traumatiske begivenheter som fordrer tilpasning fra personen med psykose og dennes pårørende og øvrige nettverk, og en tredje forklaringsmulighet er altså at sosial fobi kan være en reaksjon på de negative livsendringene forbundet med psykoselidelsen. Dersom sosial fobi ved psykose forekommer som en psykologisk reaksjon på psykosen som hendelse, kan det forventes at sammenlikninger av psykotiske pasienter med- og uten samtidig sosial fobi viser at opplevelsen av psykosen har stor betydning for hvorvidt man utvikler sosial fobi. Dersom sosial fobi *ikke* simpelthen er del av psykosen og *ikke* reflekterer et nærvær av mer alvorlige hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger, kan det forventes at innsikten vil være høyere hos den sosialt engstelige gruppen.

#### *Innsikt, skam og stigma*

Nyere studier viser sterke korrelasjoner mellom selvaktelse og både generell- og sosial angst ved psykotiske lidelser (Birchwood et al., 2006; Gumley, O'Grady, Power & Schwannauer, 2004), noe som er i tråd med den generelle beskrivelsen av sosial angstlidelse (APA, 2000). Det har også blitt vist at både fenomenologien- og alvorsgraden til sosial angst ved psykose er uadskillelig fra ikke-psykotisk sosial angstlidelse (Michail & Birchwood, 2009; Romm et al., 2011). Den psykotiske episoden og den påfølgende diagnosen innebærer oppfattelser om stigmatisering, skam, tap av sosial rolle og påført lav status (Birchwood et al., 2006; Iqbal, Birchwood, Chadwick & Trower, 2000), som i seg selv kan bidra til utviklingen av symptomer på sosial angst (Gumley et al., 2004; Lysaker, et al., 2010). Implikasjonene av dette er at innsikt i lidelsen har en innvirkning på selvaktelsen, og selvaktelse assosieres med depresjon, redusert livskvalitet (QoL) (Gureje, Harvey & Herrman, 2004) og sosial angst (Lysaker, Ringer & Davis, 2008). Det er funnet en signifikant sammenheng mellom lavere selvaktelse og større alvorsgrad av sosial angst

ved psykose, også tatt i betraktning nærvær av vrangforestillinger, mistenksomhet og depresjon (Romm et al., 2012). Dette er i tråd med tidligere funn som viser at sosial angst ved psykoselidelser er assosiert med skam og opplevelse av underdanighet, og oppfatningen om at lav selvaktelse kan ligge til grunn for sosial angst ved schizofreni (Birchwood, 2003; Gumley et al., 2004). Sosial angst ved psykose har blitt beskrevet som en psykologisk reaksjon på psykosen i teorier om «sosial rang» eller «oppfattet stigma» (Birchwood et al., 2006; Gilbert, 2001; Iqbal et al., 2000). Slike funn burde reflekteres ved nivåer av innsikt, noe som også er funnet ved signifikante positive sammenhenger mellom sosial angst og nivåer av innsikt om lidelsen hos personer med første psykoseepisode og sosial angst (Birchwood et al., 2006; Romm et al., 2012). I tråd med dette er det også funnet at evidens for at den sosiale angsten tilkjenner seg først under perioden for tilfriskning fra psykosesyntomene (Pallanti et al., 2004).

Romm et al. (2012) fant ingen sammenheng mellom positive- eller negative symptomer og ulike grader av sosial angst. Det ble likevel vist at gruppen med den alvorligste sosiale angsten skilte seg negativt ut med hensyn til funksjonsnivå (GAF-symptomer og GAF-fungering), noe som kan reflektere redusert fungering på grunn av sosial angst.

### *Unnvikelse*

Det har blitt vist en sterk og signifikant korrelasjon mellom frykt hos sosialt engstelige ved psykose og aktiv unnvikelse til forskjell fra passiv tilbaketrekning (Romm et al., 2011), noe som altså understreker skillet fra negative symptomer. Selvaktelse hadde signifikant innvirkning på graden av unnvikelse, selv når det ble kontrollert for mistenksomhet, vrangforestilling og depresjon. Sammenhengen mellom komorbid sosial angst, psykose og unnvikelse er også av klinisk interesse, ettersom at unnvikelse som fryktsom reaksjon ved psykopatologi motvirker korrigerende erfaringer og således ansees som å være opprettholdende faktor hva angår både psykoselidelser (Freeman et al., 2007), angstlidelser generelt og sosial fobi spesielt (Wells et al., 1995). I den grad det kan hevdes at forholdet mellom økt lidelsesinnsikt og redusert funksjonsnivå er paradoksalt, kan det altså se ut til at paradokset tillates å finne sted på bakgrunn av at økt innsikt ved psykose for mange er forbundet med redusert selvaktelse og komorbid sosial fobi (Gureje et al., 2004), som i sin tur er forbundet med aktiv unnvikelse av fryktede sosiale situasjoner (Romm et al., 2011) og dermed forhindrer ervervelse av korrigerende erfaringer. Slik kan altså innsikten begrenses med en slagside til negative kognisjoner knyttet til selvilde eller

andre forestillinger som opprettholdes eller til og med eskalerer, samtidig som funksjonsnivå gradvis forverres i en negativ spiral.

### *Annen samtidig affektiv problematikk*

Det er vist nær sammenheng mellom sosial angst og depresjon hos den generelle befolkningen (f.eks. Kessler et al., 1999). Denne sammenhengen kan også se ut til å gjelde for personer med psykose og komorbid sosial angst, ved den sosiale angstens assosiasjoner til høyere nivåer av depresjonssymptomer og håpløshet (Lysaker & Salyers, 2007; Romm et al., 2012). Det er også vist sammenheng mellom lavere livskvalitet og sosial angst ved psykose (Pallanti et al., 2004; Romm et al. 2012). Sosial angst og depresjon er sjelden mål for behandling og blir ofte ikke klinisk anerkjent på grunn av fokus på de tradisjonelle positive og negative symptomer (Cosoff & Hafner, 1998). Tatt i betraktning forholdet mellom depresjon og håpløshet og den høye selvmordsraten hos denne gruppen (Fenton, 2000) og ikke minst sammenhengen mellom antall selvmordsforsøk og dødeligheten av disse med nærværet av sosial angst ved psykose (Pallanti et al., 2004), synes det være hensiktsmessig å anbefale en mer aktiv tilnærming til utredning- og behandling av affektiv tilleggsproblematikk generelt og sosial fobi spesielt ved psykose.

### **Oppsummert om forklaringsmodeller for sosial fobi ved psykose**

Det finnes noe støtte for synet om at den høye samforekomsten av sosial angst finner sted som følge av at lidelsen er en komponent av selve psykosen (Freeman et al., 2001). På den annen side er det liten konsistens mellom funnene som hevder en slik sammenheng, da noen angår positive (Lysaker et al., 2010) og andre negative symptomer (Lysaker et al., 2010; Voges & Addington, 2005). Nærvær av sosial angst synes ikke å følge psykosens utviklingsforløp (for eksempel Pallanti et al., 2004). Flere studier finner dessuten overhodet ingen sammenheng mellom psykosesyntomer og sosial angstlidelse (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2009; Pallanti et al., 2004; Romm et al., 2012).

En rekke studier kan vise til nærvær av symptomer på sosial angst eller lidelsen i sin helhet forut for psykosedebut, og dette på en slik måte at sosial angst kan ansees som å øke sårbarheten for overgang fra risiko for psykose til faktisk utvikling av psykotiske episoder eller schizofrenilidelser (Birchwood et al., 2006; Goldberg & Schmidt, 2001; Hollis, 2003; Jones et al., 1994; Johnstone et al., 2005; Kugelmass et al., 1995; Malmberg et al., 1998; Miller et al., 2002; Romm et al., 2012; Tien & Eaton, 1992). Det synes også å finnes tilstrekkelig med evidens for at sosial angst kan finne sted som psykologisk reaksjon

på psykosen (f.eks. Birchwood et al. 2006; Pallanti et al., 2004; Romm et al., 2012), og modeller som tar utgangspunkt i redusert selvaktelse, skam og opplevelse av stigmatisering som bakgrunn for sosial angst ved psykose (Birchwood et al., 2006; Iqbal et al., 2000) synes være sannsynlige. Disse to sistnevnte utgangspunktene for forståelsen av høy komorbiditet av sosial angst ved psykose fremstår ikke som gjensidig ekskluderende forståelsesmodeller. Økt sårbarhet for utvikling av psykose ved risiko for dette som følge av nærværet av sosial angst synes å passe godt med Zubin og Springs stress-sårbarhetsmodell (1977), men det er ingen grunn til at den samme sosiale angsten ikke skulle kunne utvikles og opprettholdes som følge av hvordan den enkelte opplever innvirkningen av det å ha en psykoselidelse.



## DISKUSJON

Det er høy forekomst av både OCD og sosial fobi ved psykotiske lidelser. Angstlidelsene forekommer tilsynelatende i alle faser ved sykdomsforløpet, og forekomsten er høyere enn hva man ville forvente å finne blant den generelle befolkning. Det er flere måter å forstå dette fenomenet på.

### **Angstlidelse som del av psykosen**

Én mulig forklaring på den forhøyede forekomsten av angstlidelser hos denne gruppen, er at angst er en kjernekomponent ved schizofrenisyndromet i seg selv. Dersom angstlidelsen finner sted som iboende del av den psykotiske lidelse, kan dette tenkes å komme til uttrykk ved at symptomene følger psykosens øvrige utviklingsforløp (patogenese) ved å samvariere ikke bare i nærvær, men også i styrke med positive- og negative symptomer. Angstlidelsen bør således også være nært forbundet med psykotiske episoder. Dette ser imidlertid ikke ut til å være tilfelle, verken ved OCD eller sosial fobi hvor symptomene i liten grad ser ut til å følge psykosens øvrige forløp.

### *Utviklingsforløp OCD og psykose*

Det er vist til forskjellige funn omkring forekomsten- og alvorsgraden av symptomer på OCD i sammenheng med psykosens utviklingsforløp og symptomenes alvorsgrad. OCD eller symptomer på lidelsen har blitt funnet ved flere forskjellige faser av psykosens utviklingsforløp, deriblant hos personer som vurderes til å være i høy risiko for utvikling av schizofreni (Fontenelle et al., 2011; Niendam et al., 2009), hos pasienter med schizofreni ved første innleggelse eller første episode (Craig et al., 2002; Poyurovsky et al., 1999) og hos pasienter i tenårene med schizofreni (Nechmad et al., 2002), hos eldre med schizofreni (Poyurovsky, Bergman & Weizman, 2006) samt pasienter diagnostisert med kronisk schizofreni (Owashi et al., 2010). Det er derimot ikke kjent hvorvidt komorbid OCD er undersøkt i forbindelse med post-psykotisk eller remitterende psykose. Funn fra undersøkelser av hvilken innvirkning symptomer på OCD utgjør for symptomer på psykose er imidlertid sprikende. Enkelte har funnet samvariasjon mellom positive symptomer og tvangstanker og handlinger (Huppert & Smith, 2005), mens andre har funnet motsatte forhold (Guillem et al., 2009). Det er motstridende funn i forhold til variasjon i symptomstyrke, da det både rapporteres at OCD ved psykose har en beskyttende effekt, som hindrer progresjon, og muligens fremmer remisjon (Bottas et al., 2005; Rosen, 1957;

Stengel, 1945), mens nyere undersøkelser og litteratur-gjennomganger viser at komorbid OCD ved psykose er assosiert med et forverret sykdomsforløp (Berman et al., 1995; Berman et al., 1998; Braga et al., 2005; Cunill et al., 2009; Fenton & Glashan, 1986; Lysaker et al., 2000; Öngur & Goff, 2005). På denne bakgrunn følger det at symptomene på OCD ved psykose ikke konsistent følger sykdomsforløpet til psykosen slik det kunne forventes dersom OCD fant sted som iboende del av psykoselidelsen.

Atypiske antipsykotika benyttes ofte ved psykotiske lidelser ettersom medikamentene i denne gruppen er kjent for å utøve en fordelaktig effekt hos pasienter med psykose, også de resistente overfor tradisjonelle antipsykotika (Lykouras, Alevizos, Michalopoulou & Rabavilas, 2003). Flere har imidlertid reist spørsmål omkring effekten av atypiske antipsykotika ettersom flere funn indikerer at medikamentene tilsynelatende kan skape eller forverre symptomer på OCD hos personer med psykose (Alevizos et al., 2002; de Haan et al., 2002; de Haan, et al., 1999; Lykouras et al., 2003; Mahendran, 1999; Patil, 1992; Poyurovsky et al., 1996; Tibbo & Warneke, 1999). Selv om det er diskutert hvilken eksakt effekt medikamentene har i forhold til OCD (Cunill et al., 2009) tyder slike funn på at medikamenter som reduserer symptomtrykk ved psykose ikke nødvendigvis påvirker symptomer ved OCD. Dette kan i sin tur indikere at angstlidelsen ikke er en del av psykosen.

#### *Utviklingsforløp sosial fobi og psykose*

Symptomer på sosial fobi synes heller ikke å følge psykosens utviklingsforløp (for eksempel Pallanti et al., 2004). Det finnes noe støtte for at den høye samforekomsten av sosial fobi finner sted som følge av at lidelsen er en komponent av selve psykosen (Freeman et al., 2001), men det er liten konsistens mellom funnene som hevder en slik sammenheng, da noen angår positive- (Lysaker et al., 2010) og andre negative symptomer (Lysaker et al., 2010; Voges & Addington, 2005). Flere studier finner dessuten overhodet ingen sammenheng mellom psykosesyntomer og sosial fobi (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2009; Pallanti et al., 2004; Romm et al., 2012).

Dersom angst er en del av den psykotiske lidelsen, følger det at behandling med antipsykotika bør redusere angstsymptomer ved siden av psykosesyntomer. Funn viser at dette sannsynligvis ikke er tilfellet. Det har blitt rapportert om fremvekst av sosial fobi assosiert med antipsykotisk behandling med clozapine hos schizofrene pasienter uten tidligere historie for angst (Pallanti, Quercioli, Rossi & Pazzagli, 1999). Komorbiditeten er også vist under alle lidelsens faser, inklusivt den post-psykotiske (f.eks Michail og

Birchwood, 2009). Én studie fant dessuten at den sosiale angsten ikke tilkjennega seg før ved tilfriskning fra psykosesymptomene (Pallanti et al., 2004).

#### *Komorbid angst som uttrykk for større alvorlighetsgrad av positive symptomer*

Dersom nærvær av komorbid angstlidelse simpelthen reflekterer et nærvær av mer alvorlige hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger, kan innsikten forventes å være lavere hos den engstelige gruppen. Våre samlede funn viser at komorbide angstlidelser ved psykose ikke er betegnende for psykose av større alvorlighetsgrad.

Dersom nærvær av komorbid sosial angst var betegnende for en mer alvorlig psykotilstand og simpelthen reflekterte et nærvær av mer alvorlige hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger, kunne lavere sykdomsinnsikt forventes, men nyere funn tyder på det motsatte av dette (Birchwood et al., 2006; Romm et al., 2012).

Innsikt er et sentralt tema ved undersøkelser av OCD med og uten samtidig psykose, da nettopp innsikt i forestillingene er et sentralt ankepunkt for den ene eller den andre diagnosen. Antageligvis nettopp på denne bakgrunn, fremstår det som om studiet av innsikt ved komorbid OCD og psykose gjennomgående har blitt utført fra et annet perspektiv enn ved sosial fobi, hvor utgangspunktet har vært med premisser om at innsikt i psykoselidelsens tilstedeværelse kan være forutsetning for utvikling av sosial fobi eller patologisk sjenanse.

#### **Angstlidelse som premorbid relatert forstyrrelse og sårbarhetsmarkør for psykose**

En annen mulighet, er at sosial angst er en premorbid utviklingsrelatert forstyrrelse som øker sårbarheten for overgang til schizofreni hos personer som er i risiko for dette. Sosial fobi vil således være sårbarhetsmarkør for schizofreni. Funnet tyder på at dette kan være tilfellet både ved OCD og sosial angst.

Flere studier har indikert at OCD, eller symptomer på denne lidelsen kan forekomme før utbrudd av psykosen eller tidlig i forløpet (Fontenelle et al., 2011; Craig et al., 2002; Nechmad et al., 2002; Niendam et al., 2009; Poyurovsky et al., 1999; Poyurovsky et al., 2008). Dette kan indikere at OCD kan tenkes å øke sårbarheten for overgang fra risiko for psykose til faktisk utvikling av psykotiske lidelser. Ettersom funnene på dette området ikke ser ut til å være entydige kan man imidlertid ikke trekke noen sikker konklusjon vedrørende hvorvidt OCD representerer en klar sårbarhetsmarkør for psykose.

En rekke studier kan vise til nærvær av symptomer på sosial angst eller lidelsen i sin helhet forut for psykosedebut, og dette på en slik måte at sosial angst kan ansees som å øke sårbarheten for overgang fra risiko for psykose til faktisk utvikling av psykotiske

episoder eller schizofrenilidelser (Birchwood et al., 2006; Goldberg & Schmidt, 2001; Hollis, 2003; Jones, Rodgers, Murray & Marmot, 1994; Johnstone et al., 2005; Kugelmass et al., 1995; Malmberg et al., 1998; Miller et al., 2002; Romm et al., 2012; Tien & Eaton, 1992).

### **Angstlidelse som en psykologisk reaksjon på psykose**

En tredje mulighet er at komorbid angst kan oppstå som en psykologisk reaksjon på psykoselidelsen. Psykose og psykotiske symptomer kan betraktes som utfordrende eller traumatiske begivenheter som fordrer tilpasning fra personen med psykose og dennes pårørende og øvrige nettverk. Det er altså en mulighet at angstlidelsene kan finne sted som reaksjon på de negative livsendringene forbundet med psykoselidelsen. Dersom angstlidelsen ikke simpelthen er del av psykosen og ikke reflekterer et nærvær av mer alvorlige hallusinasjoner og forfølgelsesforestillinger, men oppstår som en psykologisk reaksjon på psykosen som hendelse, kan det forventes at innsikten vil være høyere hos gruppen med komorbid angst. Videre kan det forventes at sammenlikninger av psykotiske pasienter med- og uten samtidig angstlidelse viser at opplevelsen av psykosen har stor betydning for hvorvidt man utvikler komorbid angstlidelse eller ikke.

Det er vist at tvangshandling ved komorbid OCD og psykose kan tjene til nøytralisering av ubehag fra positive symptomer, nærmere demonstrert ved en negativ assosiasjon mellom tvangsmessig samling og bisarre vrangforestillinger og auditive hallusinasjoner ved slik komorbiditet (Guillem, et al., 2009). Det vises ikke her nødvendigvis til noen sammenheng mellom handling og lidelsesinnsikt, men derimot til at symptomer på OCD kan forekomme som forsøk på håndtering av den angst som kan oppstå i forbindelse med positive psykosesyntomer.

Det er funnet støtte for at opplevelsen av psykosen er sentral for utvikling av sosial fobi, blant annet ved at det er vist sammenheng mellom sosial angst og innsikt om psykoselidelsen hos personer med slik komorbiditet ved første psykoseepisode (Birchwood et al., 2006; Romm et al., 2012). Sentrale aspekter ved opplevelsene av det å rammes av psykoselidelse innebærer oppfattelser om stigmatisering, skam, tap av sosial rolle og påført lav status eller underdanighet på bakgrunn av psykoseepisoden og -diagnosen (Birchwood, 2003; Birchwood et al., 2006; Iqbal, Birchwood, Chadwick & Trower, 2000; og Gumley et al., 2004). Det er endatil vist sammenheng mellom lavere selvaktelse og større alvorgrad av sosial angst ved psykoselidelser (Birchwood et al., 2006; Gumley et al., 2004; Romm et al., 2012).

## Fellesfaktorer mellom angst og psykose

På bakgrunn av empiriske undersøkelser har det blitt vist at to forskjellige forklaringsmodeller for samforekomst av angst ved psykose kan forklare den høye komorbiditeten. Det ser altså ut til at angst på den ene siden kan finne sted forut for psykose og utgjøre sårbarhet for psykoselidelsen, mens angstlidelsene på den andre siden også ser ut til å kunne oppstå som psykologiske reaksjoner på psykose som livshendelser. Dersom dette er tilfelle, er det rimelig å anta at de to ulike diagnosekategoriene deler sentrale aspekter som øker risikoen for å utvikle det som diagnostisk sett har blitt omtalt som svært ulike lidelser.

Det finnes evidens for at kognitive og affektive prosesser som assosieres med angst også finner sted hos personer med psykotiske opplevelser. Prosessene vi har funnet at overlapper, ser ut til å sammenfalle med psykologiske prosesser beskrevet i Wells og Matthews' (1994) modell for psykopatologi, kalt S-REF modellen (*self-regulation executive function model*). Modellen forbinder sårbarhet overfor psykologisk dysfunksjon og opprettholdelse av forstyrrelser med et kognitivt oppmerksomhetssyndrom karakterisert av forhøyet selvfokusert oppmerksomhet, trusselmonitorering, persevererende konseptuell prosessering (bekymring/ruminering), aktivering av dysfunksjonelle antagelser, samt selvregulerende strategier som hindrer endring av maladaptiv selvkunnskap. Syndromet drives av metakognitive oppfatninger som legger føringer for bekymring, ruminering, oppmerksomhet, samt tolkning og kontroll av kognitive begivenheter som eksempelvis uønskede tanker.

### *Attribusjonsstil*

I sin gjennomgang av empiriske studier med utgangspunkt i forskjellige teorier om vrangforestillinger, viste Garety og Freeman (1999) til betydelig evidens for at kognitive prosesser er implisert i vrangforestillingene. De slo der fast at en multifaktoriell modell for hvordan vrangforestillinger dannes og opprettholdes, som inkorporerer datainnsamlingsbias og attribusjonsstil sammen med andre faktorer, slik som perseptuell prosessering og meta-representasjoner, er konsistent med empirisk evidens. Det fremheves særlig sterk støtte for tilstedeværelse av et resonneringsbias hos personer med vrangforestillinger. Dette kan beskrives som en bias i datasamling og en tendens til å samle mindre bevis enn kontrollgrupper, for på denne måten å trekke forhastede slutninger. Dette kan forsterkes med følelsesladet- eller selvrefererende materiale, men finner også sted med materiale tilsynelatende uten relevans for den enkeltes personlige anliggender. Denne biasen fører ikke direkte til feil, men kan fasilitere tidlig akseptering av

uriktige hypoteser. Garety og Freeman (1999) fant også sterk støtte for en attribusjonsbias hos folk med forfølgelsesforestillinger, som fører til eksternaliserende årsaksforklaring av negative begivenheter. De viste dessuten indikasjoner på at dette kan resultere fra en særlig tendens til og personliggjøre, altså å legge skylden hos folk fremfor situasjoner når ting går galt. Det ble derimot ikke funnet støtte for at en slik attribusjonsbias generelt tjener til å forsvare mot underliggende lav selvaktelse, selv om dette kan gjelde for en subgruppe med forfølgelsesforestillinger. I gjennomgangen til Garety og Freeman (1999) ble det også funnet at personer med vrangforestillinger kan være dårligere til å representere andres sinnstilstander (som ved svekket *theory of mind*), selv om denne svekkelsen kan være relatert til en mer generell resonneringsfaktor. Ovennevnte kognitive svekkelser refererer opprinnelig til ulike teoretiske redegjørelser som med ulike tilnærminger forsøker å redegjøre for nærværet av vrangforestillinger, men det kan bemerkes at disse tilnærmingene både kan forstås som til dels overlappende og at det ikke bare er mulig at svekkelsene samforekommer, men at det dessuten er fullt mulig at de interagerer. Samtidig bias i datasamling og bias i attribusjonsstil kunne for eksempel resultere i forhastede konklusjoner om andres intensjoner.

### *Trusselmonitorering*

Trusselmonitorering beskrives ofte som en opprettholdende faktor ved flere angstlidelser (Wells, 2009). Imidlertid er økt oppmerksomhet overfor potensielt truende stimuli (samt redusert evne til vurdering av informasjon ved beslutningstaking) faktorer som også ofte blir vektlagt i kognitive teorier omkring mekanismer bak vrangforestillinger relatert til forfølgelse. En rekke funn er gjort som underbygger dette, og blant disse er et studie av Phillips, Senior og David (2000). Disse benyttet visuelt stimuli av sosial art, og sammenlignet visuelle oppmerksomhetsstrategier hos schizofrene pasienter med vrangforestillinger relatert til forfølgelse med to kontrollgrupper (schizofrene pasienter uten forfølgelsesforestillinger og friske personer). Resultatene fra studiet indikerte at pasientene med schizofreni generelt utviste avvik i evnen til samling og evaluering av informasjon. Dette var spesielt gjeldende hos gruppen schizofrene med forfølgelsesforestillinger. Mer spesifikt pekte resultatene mot skjevheter i prosessering av kontekstuell informasjon i tvetydige settinger hos disse pasientene, og potensielt også trusseloppfatninger på upassende steder.

### *Selv-fokusert oppmerksomhet*

Selv-fokusert oppmerksomhet kan defineres som «en bevissthet om selv-refererende indre generert informasjon, som står i kontrast med å være oppmerksom på ytre generert informasjon avledet fra sensoriske reseptorer (Ingram, 1990). Selv-fokusert oppmerksomhet har blitt trukket frem som et sentralt fenomen som kan være felles for forstyrrelser i psykologisk fungering generelt (Ingram, 1990) og i S-REF-modellen for emosjonell dysfunksjon og angst spesielt (Wells & Mathews, 1994). Tendensen hindrer sannsynligvis personer fra eksponering som korrigerer feilaktige negative antagelser og assosiert angst (Wells & Papageorgiou, 1998). Morrison, Haddock, og Tarriers (1995) modell for auditive hallusinasjoner tilsier at høye nivåer av selv-fokusert oppmerksomhet bidrar til en persons sårbarhet for hallusinose ved å forverre den kognitive dissonans som kan bidra til at den som opplever uønskede, ego-dystone intrusjoner motiveres til å attribuere disse eksternt som «stemmer». Teorien har empiriske støtte, da det er vist ved manipulering av oppmerksomhet hos stemmehørere (Ensum & Morrison, 2003) at det er sammenheng mellom graden av selvfokusering av oppmerksomheten og feilattribusjon av kognitive begivenheter som fra ytre- fremfor indre kilder. Feilattribusjonen ble også vist være sensitiv for i hvilken grad materiale som skal prosesseres er emosjonelt fremtredende, og at også denne effekten påvirkes av graden av selvfokusert oppmerksomhet. Funnene støtter oppfatningen om at attribusjonsfeilene som gjøres av folk som opplever auditive hallusinasjoner er en funksjon av fluktuerende kognitiv bias til forskjell fra en mer stabil kognitiv svekkelse, men utelukker ikke muligheten for at det finner sted en interaksjon mellom de to.

Ettersom at nedgang i nivåer av selvfokusert oppmerksomhet ser ut til å redusere graden av observert ytre attribusjonsfeil (external attributional bias), foreslås det at folk som opplever auditiv hallusinose kan være tjent med å tilbys trening med teknikker for å fremme ekstern fokusering av oppmerksomheten. Trening av oppmerksomhet (Wells, 1990) har blitt vist å være effektivt ved behandling av andre lidelser karakterisert ved forhøyde nivåer av selvfokusert oppmerksomhet, slik som sosial fobi (Wells & Papageorgiou, 1998). På liknende vis, kan identifisering og modifisering av prosedurale antagelser, som dirigerer plassering av oppmerksomheten være fordelaktig for personer som opplever auditive hallusinasjoner, som foreslått av Morrison (2001).

### *Metakognisjoner*

Metakognisjoner, kunnskap og oppfatninger om ens egne kognitive prosesser, er antatt å spille en betydelig rolle ved psykopatologi når det gjelder dannelse og opprettholdelse av

flere ulike symptomer (Wells & Matthews, 1994). I tråd med dette testet Morrison og Wells (2003) hypotesen om hvorvidt metakognisjoner utgjør en generell sårbarhetsfaktor ved psykopatologi. Dette ble gjort ved sammenligning av fire grupper: Psykose med hørselshallusinasjoner; psykose med vrangforestillinger relatert til forfølgelse; panikk lidelse; og ikke-pasienter. I tråd med sine forventninger fant de høyere skårer på mål av dysfunksjonelle metakognisjoner hos gruppene med hørselshallusinasjoner, vrangforestillinger og panikk lidelse enn hos gruppen med ikke-pasienter. Videre fant de høyest grad av dysfunksjonelle metakognisjoner hos gruppen med hørselshallusinasjoner (som man tenker har høyest grad av kognitiv dysregulering). Dette er i tråd med Morrison, Haddock og Tarriers (1995) tilnærming til forståelse av utvikling av auditive hallusinasjoner hvor metakognisjoner spiller en viktig rolle, samt styrker allerede eksisterende funn som indikerer en forbindelse mellom metakognisjoner og ulike angstlidelser (Holeva, Tarrier & Wells, 2001; Wells & Carter, 2001; Wells & Papageorgiou, 1998).

### *Katastrofetolkninger*

Katastrofetolkninger av ufarlige symptomer eller begivenheter er sentralt for fremming eller forverring av angst ved angstlidelser (Wells, 1997). I tråd med dette indikerer kognitiv atferdsmessige modeller omkring opprettholdelse av hørselshallusinasjoner at måten de tolkes på kan forklare noe av ubehaget man forbinder med hallusinasjonene. Et studie gjort av Morrison, Nothard, Bowe og Wells (2004) støtter denne antagelsen. Disse fant høyere nivå av negative fortolkninger hos en gruppe pasienter med schizofreni med auditive hallusinasjoner sammenlignet med en kontrollgruppe (personer med høy tilbøyelighet overfor hallusinasjoner). De negative fortolkningene dreide seg omkring metafysiske oppfatninger av stemmene (stemmenes ondskapsfullhet, makt, trussel mot fysisk og psykisk integritet), samt oppfatninger rundt tap av kontroll, at opplevelsen av stemmer indikerer at man holder på å bli gal. Det ble imidlertid kun funnet signifikante forskjeller mellom de to gruppene når det gjaldt negative fortolkninger, og ikke positive. Dette indikerer at det er de negative fortolkningene som utgjør et problem og som kan bevirke overgangen fra ikke-patologisk til problematisk stemmehøring.

Det påpekes videre at oppfatningene kan minne sterkt om katastrofale feiltolkninger sett hos personer med panikkanfall (Clark, 1986), og at en terapeutisk tilnærming derfor bør involvere fokus på negative fortolkninger og potensielt endring av disse, hvilket anses som effektivt i arbeid med deriblant panikkanfall.



### *Bekymring*

Bekymring fungerer ofte som en form for mental problemløsning som kan virke opprettholdende på plager, samt skape følelse av trussel fremfor å frembringe faktiske løsninger (Wells, 2009). Bekymring vurderes videre som en uspesifikk faktor på tvers av et bredt spekter psykopatologi (Wells & Matthews, 1994). Freeman & Garety (1999) fant sammenlignbare nivå av bekymring hos pasienter med generalisert angstlidelse (GAD), og hos pasienter med vrangforestillinger relatert til forfølgelse. De fant videre at bekymring, inkludert metabekymring, var assosiert med en del av ubehaget man ser ved vrangforestillinger. Et studie av noe nyere av dato gir ytterligere støtte til denne teorien. Startup, Freeman og Garety (2007) sammenlignet 30 personer med vrangforestillinger relatert til forfølgelse med 30 personer i en kontrollgruppe. Hos 21% av personene med vrangforestillinger ble det funnet bekymring på klinisk nivå, og hos 68% ble det funnet bekymring i samme grad som man finner hos behandlingssøkende pasienter med GAD. Høyt bekymringsnivå, samt av angst og katastrofetenkning, som man tenker er perseverering rundt de problematiske aspektene ved temaet for bekymringstankene, ble også her funnet å være assosiert med grad av ubehag relatert til vrangforestillingene. I tillegg ble det funnet å være assosiert med vrangforestillingenes varighet. Personene med vrangforestillinger ble på nytt vurdert ved en oppfølging etter tre måneder, og det ble funnet at individene som bekymret seg mer, samt hadde flere katastrofetanker om innholdet i vrangforestillingene, viste lavest grad av tilfriskning i forhold til disse. Dette funnet er i tråd med Freeman og Garety (2002) kognitive modell om vrangforestillinger, og indikerer at bekymring ikke bare forekommer sammen med vrangforestillinger, men også fungerer som en opprettholdende faktor. Funn av denne typen fremmer således forståelse av mekanismer som fører til ubehag og opprettholdelse av vrangforestillinger, og indikerer videre at intervensjoner med fokus på reduksjon av bekymring også vil være hensiktsmessige overfor denne pasientgruppen.

### *Tankeundertrykkelse*

Tankeundertrykkelse anses som en uhensiktsmessig strategi for håndtering av uønskede tanker/intrusjoner, ettersom det ofte har en paradoksal effekt i form av å øke styrke eller forekomst av disse (Wegner, 1989). Således vil det heller ikke lindre ubehaget intrusjonene fører med seg. Dette utgjør ofte et problem ved angstlidelser som OCD (Wells, 2009). Tankeundertrykkelse er også funnet å være forbundet med psykose, deriblant av García-Montes, Pérez-Álvarez og Fidalgo (2003). Disse demonstrerte at undertrykkelse av jeg-fremmede tanker har en klar innvirkning på auditive hallusinasjoners

livaktighet eller kvalitet blant et ikke-klinisk utvalg. Studiet støtter således Morrison et al.'s (1995) modell omkring dannelse og opprettholdelse av auditive hallusinasjoner. I terapeutisk øyemed impliserer dette at intervensjoner ikke bør ha fokus på å fjerne auditive hallusinasjoner, men heller endre måten personen forholder seg til disse gjennom å svekke kognisjonene som medfører ubehag ved hallusinasjonene.

### *Tryggingsatferd*

Tryggingsatferd er handlinger som ofte utføres av personer som opplever å være i fare, og har som hensikt å forhindre at katastrofene de frykter skal kunne forekomme (Salkovskis, 1991). Når opplevelsen av trussel er en feiloppfatning, slik som ved angstlidelser og paranoia, så har dette viktige konsekvenser. Folk som benytter seg av tryggingsatferd mislykkes i å attribuere fraværet av katastrofe til at trusselantagelsene er feilaktige. I stedet antar de at katastrofe og trussel har blitt unngått takket være tryggingsatferd, og det som kunne ha vært gjenstand for avkreftelse av trusselantagelsene omgjøres i stedet til «nestenulykker». Trusselantagelsene vil sannsynligvis vedvare delvis på bakgrunn av denne svikten i å tilegne seg og å prosessere avkreftende beviser.

Det er også funnet vidstrakt bruk av tryggingsatferd hos personer med vrangforestillinger. I Freeman, Garety og Kuipers (2001) undersøkelse av 25 personer med ikke-affektiv psykose og vrangforestillinger om forfølgelse hadde samtlige benyttet seg av tryggingsatferd den siste måneden. Det er også gjort tilsvarende funn i en senere undersøkelse for 96 personer i et utvalg av 100 med ikke-affektiv psykose (Freeman et al., 2007). Det er funnet sammenheng mellom bruk av tryggingsatferd og graden av engstelse (Freeman et al., 2001), høyere nivåer av ubehag fra vrangforestillingene og med øvrige handlinger gjennomført på bakgrunn av vrangforestillinger (Freeman et al., 2007). Selv om unnvikelse er vist som den vanligste formen for tryggingsatferd, er det funnet at tryggingsatferd ikke er assosiert med negative psykosesyntomer (Freeman et al., 2007). En vanlig antagelse blant pasientene var at tryggingsatferden var mer eller mindre vellykket (Freeman et al., 2001), noe som er konsistent med hypotesen om tryggingsatferd som opprettholdende faktor.

Tryggingsatferd er sannsynligvis ikke den eneste prosessen som hindrer avkreftelse av vrangforestillinger, og det har blitt påpekt fra klinisk erfaring at pasienter ofte akkommoderer ikke-forekomst av katastrofe innenfor sitt vrangforestillingsrammeverk (Freeman et al., 2001).

Fra studier som har undersøkt ideen om at tryggingsatferd opprettholder angstlidelser (f.eks. Wells et al., 1995) er det funnet at eksponering med redusert bruk av

tryggingsatferd fører til større reduksjon av trusselantagelser og angst enn ren eksponering alene.



## KONKLUSJON OG KLINISKE IMPLIKASJONER

Symptomer på OCD og sosial fobi følger tilsynelatende ikke psykosens sykdomsforløp og ser derfor ikke ut til å være en iboende del av den psykotiske lidelsen. Imidlertid støtter ikke empirien klare skiller mellom flere av symptomene da man flere steder ser et betydelig fenomenologisk overlapp som det er vist til ved ovennevnte kognitive prosesser. Overlappet dreier seg tilsynelatende ikke bare om enkeltsymptomer som ligner hverandre, men også omkring antagelser eller metakognisjoner de ulike individene har om sine egne symptomer, samt strategier for håndtering av disse. Eksempelvis ser det ut til at en stor andel pasienter med angstlidelser og psykose har antagelser som tilsier at egne symptomer kan være farlige og ukontrollerbare (Freeman & Garety, 1999; Garcia-Montes et al., 2006), hvilket kan medføre ubehag i like stor grad som symptomet i seg selv (Freeman & Garety, 1999). Dette støttes blant annet av annen forskning som indikerer at oppfatninger omkring egen lidelse har betydning for opplevd ubehag. Deriblant er det funnet en sammenheng mellom oppfatninger av sykdom og affektiv- og angstrelatert komorbiditet ved psykose (Birchwood, Mason, Macmillan, & Healey, 1993; Karatzias, Gumley, Power & O'Grady, 2007).

Litteraturen indikerer således at angst og psykose har felles utløsende- og opprettholdende prosesser. Innenfor tradisjonell kraepelinsk sykdomsforståelse ligger fokuset på inndeling i spesifikke diagnostiske kategorier, og fellestrekk mellom lidelser kommer naturlig nok i skyggen av en slik forståelsesramme. Komorbiditet er regel heller enn unntak i klinisk praksis, og det har blitt funnet at over 50% av individer med en psykiatrisk diagnose har mer enn én, mens 23% har tre eller flere diagnoser (NCS - Kessler et al., 2005). Dette fenomenet kan ha sammenheng med stadig revidering av diagnosemanualene som i sin tur har medført flere, og mer spesifikke diagnoser (First, 2005; Hagen, 2008). Eksempelvis har antall kategoriske diagnoser økt ved hver revidering av DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), hvilket indikerer at oppdeling har fått større fokus enn samling (Maser et al., 2009). Økning i antall diagnoser medfører økt sannsynlighet for overlapp mellom diagnosene, uten at kategoriene nødvendigvis er fenomenologisk forskjellige (Borsboom, Cramer, Schmittman, Epskamp & Waldorp, 2011). Den gjennomgåtte litteraturen virker å støtte denne forståelsen når det gjelder forklaring av høy forekomst av angstlidelser ved psykose. I tråd med dette vil det gi større mening å forstå den høye forekomsten i lys av et mer transdiagnostisk rammeverk. Innenfor dette rammeverket vil et høyt nivå av komorbiditet ikke nødvendigvis forstås som

en indikasjon på forekomst av flere lidelser, men heller som indikasjon på mangel av enklere forståelsesmodeller som forklarerer symptomene pasientene opplever (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). Fokuset innenfor et transdiagnostisk rammeverk vil således i større grad rettes mot ulike lidelsers felles opprettholdende faktorer og psykologiske grunnfenomener.

### **Kliniske implikasjoner**

Preferansen for inndeling av lidelser kan delvis stamme fra et ønske om å knytte spesifikke diagnoser til spesifikke behandlinger, likevel virker det som om flere typer behandlinger har mange lidelseskategorier som mål, og ikke bare én. Eksempler på dette er medikamentell behandling som SSRI, og flere tilnærminger innen kognitiv terapi (Maser et al, 2009). Nyere forskning på farmakologisk behandling viser dessuten til økt dødelighet ved anxiolytisk behandling med benzodiazepiner hos personer med schizofreni, både med hensyn til dødsfall som følge av selvmord og fra øvrige årsaker (Tiihonen, Suokas, Suvisaari, Haukka & Korhonen, 2012).

Komorbid angst ved psykose har en betydelig negativ prognostisk innvirkning. Ettersom at lidelsene tilsynelatende er mer like enn ulike når det gjelder flere faktorer, vil det da også være naturlig å etterspørre psykologisk behandling som fokuserer på de prosessene som lidelsene har til felles. Ved å benytte en transdiagnostisk tilnærming vil man vektlegge felles underliggende og opprettholdende mekanismer som er relevante for flere psykiske lidelser.

Metakognitiv terapi (Wells, 2009) er et eksempel på en behandlingstilnærming som gjør nettopp dette. Fokuset innenfor denne terapeutiske tilnærmingen rettes mot hvordan pasienter forholder seg til egne symptomer i form antagelser de har om disse, samt strategier for håndtering av ubehag. Strategiene anses i sin tur som kilde til ubehag, og blir derfor gjenstand for terapeutisk endring (Wells, 2009). Pasientens opplevelse av symptomene står således sentralt hvilket er i tråd med det symptomfokuserede paradigmet for sykdomsforståelse hvor opplevelsen av egne symptomer potensielt er like stor kilde til ubehag som symptomene i seg selv. Innenfor metakognitiv terapi vil antagelsen omkring symptomer gå under begrepet «metakognisjoner», hvilket refererer til kognitive prosesser involvert i vurdering, monitorering, og kontroll av kognisjon (Wells, 2009), det vil derfor være av betydning å utforske disse i terapi. Det er funnet signifikante forhold mellom metakognisjoner og psykisk ubehag (Morrison & Wells, 2003), og positive og negative metakognisjoner anses også som viktige faktorer å arbeide med i behandling av angstlidelser (Wells, 2009), men også potensielt ved psykose (Morrison et al., 2003).

En transdiagnostisk og symptomfokuserert tilnærming er også positivt sammenlignet med den kraepelinske ettersom at den fordrer et langt mer positivt syn på psykiske lidelser generelt, og da kanskje særs i forhold til psykose. Dette er fordi man innen denne tilnærmingen fokuserer på muligheter for endring, og ser symptomene som fluktuerende på et kontinuum med opplevelser man finner i normalbefolkningen, og ikke som noe uforståelig, statisk og rent organisk betinget (Bentall, 2003).

## **Konklusjon**

Det er funnet støtte for to ulike forklaringsmodeller for den høye samforekomsten av angstlidelser ved psykose, nemlig angst som sårbarhetsmarkør og utløsende faktor for psykoseutvikling på den ene siden, og angstlidelser som reaksjon på psykoselidelser som livshendelse på den andre siden. Disse forklaringsmodellene er ikke gjensidig ekskluderende, noe som understrekes ved funn om betydelig overlapp i fenomenologiske faktorer og kognitive prosesser mellom angst- og psykoselidelser. Det kraepelinske paradigmet legger fremdeles føringer for vår forståelse av psykopatologi, som således bør revideres ettersom at empirien ikke støtter kraepelinske retningslinjer for diagnostisering. Funnene taler for å rette fokus mot hva de ulike diagnosekategoriene har til felles, samtidig som det taler for behandling av det enkelte symptom fremfor den enkelte diagnose, og er i tråd med det symptomfokusererte- og transdiagnostiske paradigmet for behandling- og forståelse av psykiske lidelser.

Det er her forsøkt gjennomført en teoretisk redegjørelse for hva som kan være plausible forklaringsmodeller for den høye samforekomsten av angst ved psykose, da ved gjennomgang av litteratur om to spesifikke og ganske ulike komorbide angstlidelser ved psykose. Selv om litteraturgjennomgangen ikke er fullstendig, har det i mange tilfeller blitt avdekket svært forskjellige forskningsspørsmål knyttet til de ulike angstdiagnosene. Dette har tidvis resultert i mangelfulle opplysninger for å oppnå noen fullstendig dekkende systematisk sammenligning av henholdsvis OCD og sosial fobi ved psykose. Det er dermed naturlig å foreslå at det bør gjennomføres empiriske studier med systematisk sammenligning av de mest sentrale forskningsspørsmålene på tvers av forskjellige angstlidelser ved psykose.





## REFERANSELISTE

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D.F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 529-540.
- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M.-A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(4), 811–821.
- Alevizos, G., Lykouras, L., Zervas, I. M., & Christodoulou, G. N. (2002). Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: A series of six cases. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *22*, 461-467.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – revised (3<sup>rd</sup> ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Text Revision (4<sup>th</sup> ed.). Washington DC: APA.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, *35*, 775-777.
- Argyle, N. (1990). Panic attacks in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(3), 430–433.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., & Boyce, P. M. (2002). Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *110*, 165-174.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*, 65-94.
- Beiser, M., Erickson, D., Fleming, J. A., & Iacono, W. G. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1349-1354.
- Bellgrove M. A., Chambers, C. D., Vance, A., Hall, N., Karamitsios, M., & Bradshaw, J. L. (2006). Lateralized deficit of response inhibition in early-onset schizophrenia. *Psychological Medicine*, *36*, 495-505.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Books.

- Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 524-526.
- Berman, I., Merson, A., Viegner, B., Losonczy, M. F., Pappas, D., Green, A. I. (1998). Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 150-156.
- Berman, I., Sapers, B. L., Chang, H. H., Losonczy, M. F., Schmidler, J., & Green, A. I. (1995). Treatment of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenic patients with clomipramine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15, 206-210.
- Bermanzohn, P. C., Porto, L., Arlow, P. B., Pollack, S., Stronger, R., & Siris, S. G. (2000). Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: A clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 517-525.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 373–375.
- Birchwood, M., Macmillan, F., & Smith, J. (1992). Early intervention. I Birchwood, I. M., & Tarrier, N. (Red.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia* (ss. 115–145). Chichester: Wiley.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness : A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour research and therapy*, 45(5), 1025–37.
- Blanchard, J. J., Mueser, K. T., & Bellack, A. S. (1998). Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 413-424.
- Bland, R. C., Newman, S. C., & Orn, H. (1987). Schizophrenia: Lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 383-391.
- Bleuler, E. (1911). *The Fundamental Symptoms of Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., Schmittman, V. D., Epskamp, S., & Waldorp, L. J. (2011). *The small world of psychopathology*. PLoS ONE 6(11): e27407.doi: 10.1371 / journal.pone.0027407.
- Bottas, A., Cooke, R. G., & Richter, M. A. (2005). Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 187-193.

- Braga, R. J., Mendlowics, M. V., Marrocos, R. P., & Figueira, I. L. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: Prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 409-414.
- Braga, R. J., Petrides, G., & Figueira, I. (2004). Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry, 45*(6), 460–468.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 383-402.
- Byerly, M., Goodman, W., Acholonu, W., Bugno, R., & Rush, A. J. (2005). Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. *Schizophrenia Research, 76*, 309-316.
- Cassano, G. B., Pini, S., Saettoni, M., Rucci, P., & Dell’Osso, L. (1998). Occurrence and Clinical Correlates of Psychiatric Comorbidity in Patients With Psychotic Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(2), 60–68.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 164*, 190-201.
- Ciapparelli, A., Pagginini, R., Marazziti, D., Carmassi, C., Bianchi, M., Taponecco, C., Consoli, G., Lombardi, V., Massimetti, G., & Dell’Osso, L. (2007). Comorbidity with axis I anxiety disorder in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization. *CNS Spectrum, 12*, 913-919.
- Claridge, G. S. (1987). “The schizophrenias as nervous types’ revisited’. *British Journal of Psychiatry, 151*, 735–743.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.
- Clark, D. A., & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 383-393.
- Craig, T., Hwang, M. Y., & Bromet, E. J. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *American Journal of Psychiatry, 159*, 592-598.
- Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (1998). The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(1), 67–72.
- Cunill, R., Castells, X., & Simeon, D. (2009). Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(1), 70-82.

- de Haan, L., Beuk, N., Hoogenboom, B., Dingemans, P., & Linszen, D. (2002). Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent onset schizophrenia or related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 104-107.
- de Haan, L., Hoogenboom, B., Beuk, N., van Amelsvoort, T., & Linszen, D. (2005). Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with recent-onset schizophrenic disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 519-524.
- de Haan, L., Linszen, D. H., & Gorsira, R. (1999). Clozapine and obsessions in patients with recent-onset schizophrenia and other psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 363-365.
- Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria Danubina, 21*, 43-50.
- Docherty, J. P., Van Kammen, D. P., Siris, S. G., & Marder, S. R. (1978). Stages of onset of schizophrenic psychosis. *American Journal of Psychiatry, 135*, 420–426.
- Eisen, J. L., Beer, D. A., Pato, M. I., Venditto, T. A., & Rasmussen, S. A. (1997). Obsessive - compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 271-273.
- Eisen, J., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry, 54*, 373-379.
- Elliot, R. (2003). Executive functions and their disorders. *British Medical Journal Bulletin, 65*, 49-59.
- Elliot, R., & Sahakian, B. J. (1995). The neuropsychology of schizophrenia: relations with clinical and neurobiological dimensions. *Psychological Medicine, 25*, 581-594.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1993). Further evidence of reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences, 14*(3), 387-395.
- Ensum, I., & Morrison, A. P. (2003). The effects of focus of attention on attributional bias in patients experiencing auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy, 41*(8), 895–907.
- Enticott, P. G., Ogloff, J. R. P., & Bradshaw, J. L. (2008). Response inhibition and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatry Research, 157*, 251-254.
- Fenton, W. S. (2000). Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(1), 34–49.

- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1986). The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 437-441.
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, *38*, 206-210.
- Foa, E. B. (1979). Failures in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 169-176.
- Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *30*, 717-724.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatry*, *152*, 90-96.
- Fontenelle, L. F., Lin, A., Pantelis, C., Wood, S. J., Nelson, B., & Yung, A. R. (2011). A longitudinal study of obsessive-compulsive disorder in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, *45*, 1140-1145.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *27*, 47-52.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 923-947.
- Freeman, D., Garety, P. A., & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological medicine*, *31*(7), 1293-1306.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Bebbington, P. E., & Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(1), 89-99.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 737-749.
- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Cusack, K. J., Kimble, M. O., Elhai, J. D., & Knapp, R. G. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 665-675.

- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (2), 84–93.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Balbuena, C. S., Garcelá, S. P., & Cangas, A. J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091-1104.
- García-Montes, J. M., Pérez, Álvarez, M., & Fidalgo, A. M. (2003) Influence of the suppression of self-discrepant thoughts on the vividness of perception of auditory illusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 33–44.
- Garety, P. A, & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society*, 38 ( Pt 2), 113–154.
- Gilbert, P., & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W. R. Crozier, & L. E. Alden (Eds.), *International Handbook of Social Anxiety* (ss. 259–280). Chichester: Wiley.
- Goldberg, J. O. & Schmidt, L. A., (2001). Shyness, sociability, and social dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 343-349.
- Goodwin, R. D., Amador, X. F., Malaspina, D., Yale, S. A., Goetz, R. R., & Gorman, J. M. (2003). Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61(1), 89–95.
- Gordon, A. (1926). Obsessions in their relation to psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 82, 647–659.
- Guillem, F., Satterthwaite, J., Pampoulova, T., & Stip, E. (2009). Relationship between psychotic and obsessive compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115, 358-362.
- Gumley, A., O’Grady, M., Power, K., & Schwannauer, M. (2004). Negative beliefs about self and illness: A comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 960–964.
- Gureje, O., Harvey, C. & Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 334–338.
- Hagen, R. (2008). Group and individual based cognitive behavioural therapy for severe psychiatric disorders. The challenge of complex and comorbid disorders. Doktoravhandling innlevert ved NTNU, 2008:181.

- Hagen, R., Berge, T., & Gråwe, R. W. (2007). Towards a new understanding of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, 5, 522-523.
- Hagen, R. Johnson, S. U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49*, 247-252.
- Hayward C, Killen J.D., Kraemer H.C., & Taylor C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1308–1316.
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, *32*, 65-83.
- Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(1), 37–44.
- Huppert, J., & Smith, T. (2005). Anxiety and schizophrenia: The interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, *10*(9), 721-731.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, *107*, 156–176.
- Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a fenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1527-1533.
- Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: 2. Testing the validity of a social ranking model. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(6), 522–528.
- Jahrreis, W. (1926). Obsessions during schizophrenia. *Archiv Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Berlin)*, *77*, 740-788.
- Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owens, D. G. C., & Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study. *The British Journal of Psychiatry*, *186*, 18–25.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., & Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, *344*, 1398–1402.
- Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., & O'Grady, M. (2007). Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 371-375.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I. R. H., Gagnon, E., Guyer, M., ... Wu, E. Q. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*, *58*(8), 668–676.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617–627.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *29*(3), 555–567.
- Kingsep, P., Nathan, P. R., & Castle, D. (2003). Cognitive behavioural group treatment of social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *63*, 121-129.
- Klausen, V., & Hagen, R. (2008). Kognitiv atferdsterapi ved psykose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*, 2-11.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(3), 343-353.
- Krabbendam, L., Janssen, I., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R. & Van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 1–6.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(7), 1091–1098.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(9), 713–719.
- Kugelmass, S., Faber, N., Ingraham, L. J., Frenkel, E., Nathan, M., Mirsky, A. F., & Shakhar, G. B. (1995). Reanalysis of SCOR and anxiety measures in the Israeli High-Risk Study. *Schizophrenia Bulletin*, *21*, 205–217.
- Larøi, F., & Van der Linden, M. (2005). Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1425-1441.



- Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In Mueser, K. T., & Jeste, D. V. (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (ss. 3-13). New York: The Guilford Press.
- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine, 18*, 697-702.
- Lykouras, L., Alevizos, B., Michalopoulou, P., & Rabavilas, A. (2003). Obsessive-compulsive symptoms induced by atypical anti-psychotics. A review of the reported cases. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 27*(3), 333-346.
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *The British Journal of Clinical Psychology / The British Psychological Society, 50*(4), 412-424.
- Lysaker, P. H., Marks, K. A., Picone, J. B., Rollins, A. L., Fastenau, P. S., Bond, G. R. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. Clinical and neurocognitive correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 188*, 78-83.
- Lysaker, P. H., Ringer, J. M., & Davis, L. W. (2008). Associations of social anxiety and self esteem across six months in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*, 522-524.
- Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. L. A, Procacci, M., Olesek, K. L., Buck, K. D., ... Dimaggio, G. (2010). Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 124*(1-3), 81-85.
- Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta psychiatrica Scandinavica, 116*(4), 290-298.
- Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Outcalt, J. & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 4*(1), 41-48.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 172*, 308-313.

- Mahendran, R. (1999). Obsessive-compulsive symptoms with risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 261-263.
- Maser, J. D., Norman, S. B., Zisook, S., Everall, I. P., Stein, M. B., Schettler, P. J., & Judd, L. L. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-V. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(1), 24-40.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A, Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*(5), 434–40.
- Mazeh, D., Bodner, E., Weizman, R., Delayahu, Y., Cholostoy, A., Martin, T., & Barak, Y. (2009). Co-morbid social phobia in schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry, 55*(3), 198–202.
- McGlashan, T. H. (1997). Are schizophrenia and OCD related disorders? *CNS Spectrums, 2*(4), 16-18.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 433–445.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2007). Social phobia and depression in psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 537-547.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2009). Social anxiety disorder in first-episode psychosis: Incidence , phenomenology and relationship with paranoia. *The British Journal of Psychiatry, 195*(3), 234–241.
- Miller, P., Byrne, M., Hodges, A., Lawrie, S. M., Owens, D. G. C., & Johnstone, E. C. (2002). Schizotypal components in people at high risk of developing schizophrenia: early findings from the Edinburgh High-Risk Study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 180*, 179–184.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology, 49*, 377–412.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 257–276.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 265–280.

- Morrison, A. P., Nothard, S., Bowe, S. E., & Wells, A. (2004). Interpretation of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1315-1323.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach*. Hove, Storbritannia: Brunner-Routledge.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2000). Thought control strategies in schizophrenia: a comparison with non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1205-1209.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). Metacognition across disorders: Comparisons of patients with hallucinations, delusions and panic disorder with non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 251-256.
- Muller, J. E., Koen, L., Seedat, S., Emsley, R. A., & Stein, D. J. (2004). Anxiety disorders and schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, *6*, 255-261.
- Nebioglu, M., & Altindag, A. (2009). The prevalence of comorbid anxiety disorders in outpatients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *13*, 312-317.
- Niendam, T. A., Berzak, J., Cannon, T. D., & Bearden, C. E. (2009). Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophrenia Research*, *108*, 170-175.
- Nechmad, A., Ratzoni, G., Poyurovsky, M., Meged, S., Avidan, G., Fuchs, C., Bloch, Y., & Weizman, R. (2002). Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1002-1004.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., Yaryura-Tobias, J. A., & McKay, D. (2001). Predictor validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive compulsive and body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *30*(4), 745-756.
- O'Dwyer, A., & Marks, I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 281-284.
- Opler, L. A., & Hwang, M. Y. (1994). Schizophrenia: a multidimensional disorder. *Psychiatric Annals*, *24*, 491-495.
- Owashi, T., Ota, A., Otsubo, T., Susa, Y., & Kamijima, K. (2010). Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - A possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Research*, *179*, 241-246.

- Owens, D. G. C., Miller, P., Lawrie, S. M., & Johnstone, E. C. (2005). Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *186*, 386–393.
- Pantelis, C., Barnes, T. R. E., Nelson, H. E., Tanner, S., Weatherly, L., Owen, A. M., & Robbins, T. W. (1997). Frontal-striatal cognitive deficits in patients with chronic schizophrenia. *Brain*, *120*, 1823-1843.
- Pallanti, S., Cantisani, A., & Grassi, G. (2013). Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, *15*(354), 1–5.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Hollander, E. (2004). Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. *American Journal of Psychiatry*, *161*(1), 53–58.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Pazzagli, A. (2000). Social anxiety and premorbid personality in paranoid schizophrenic patients treated with clozapine. *CNS Spectrums*, *9*, 29-43.
- Pallanti, S., Quercioli, L., Rossi, A., & Adolfo, P. (1999). The emergence of social phobia during clozapine treatment and its response to fluoxetine augmentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(12), 819-823.
- Patil, V. J. (1992). Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine (brev). *American Journal of Psychiatry*, *149*, 272.
- Penn, D. L., Hope, D. A, Spaulding, W., & Kucera, J. (1994). Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *11*(3), 277–284.
- Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). The measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 553–576.
- Phillips, M. L., Senior, C., & David, A. S. (2000). Perception of threat in schizophrenia with persecutory delusions: an investigation using visual scan paths. *Psychological Medicine*, *30*(1), 157-167.
- Pilkonis, P. A., Feldman, H., Himmelhoch, J., & Cornes, C. (1980). Social anxiety and psychiatric diagnosis. *The Journal of nervous and mental disease*, *168*(1), 13–18.
- Pokos, V., & Castle, D. J. (2006). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Current Psychiatry Reviews*, *2*, 285-307.
- Poyurovsky, M., Bergman, J., & Weizman, A. (2006). Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 189-191.

- Poyurovsky, M., Faragian, S., Shabeta, A., & Kosov, A. (2008). Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 159*, 133-139.
- Poyurovsky, M., Fuchs, C., & Weizman, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1998-2000.
- Poyurovsky, M., Hermesh, H. & Weizman, A. (1996). Fluvoxamine treatment in clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia symptoms. *Clinical Neuropharmacology, 19*, 305-313.
- Poyurovsky, M., Weizman, A., & Weizman, R. (2004). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs, 18(14)*, 989-1010.
- Priebe, S., Bröker, M., & Gunkel, S. (1998). Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 220-224.
- Rachman, S. J. (1978). An anatomy of obsessions. *Behavior Analysis and Modification, 2*, 235-278.
- Rajkumar, R. P., Reddy, Y. C., & Kandavel, T. (2008). Clinical profile of «schizo-obsessive» disorder: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 262-268.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals, 19*, 67-73.
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Hansen, C. F., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety scale as a self-report measure. *European psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 26(2)*, 115–121.
- Romm, K. L., Melle, I., Thoresen, C., Andreassen, O. A., & Rossberg, J. I. (2012). Severe social anxiety in early psychosis is associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry, 53(5)*, 434–40.
- Romme, M. A., & Escher, A. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin, 15*, 209–216.
- Rosen, I. (1957). The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *Journal of Mental Science, 103*, 773-785.
- Ross, R. G., Heinlein, S., & Tregellas, H. (2006). High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research, 88*, 90-95.

- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 38*(1), 15–28.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1123-1131.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6–19.
- Schneier, F. F., Johnson, J. & Hornig, C. D. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282–288.
- Sevincok, L., Akoglu, A., & Kokcu, F. (2007). Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophrenia Research, 90*, 198-202.
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 87–107.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 379–391.
- Solyom, L., DiNicola, V. F., Phil, M., Sookman, D., & Luchins, D. (1985). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 30*(5), 372-380.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 51*(2), 100–113.
- Startup, H., Freeman, D., & Garety, P. A. (2007). Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 523-537.
- Stengel, E. (1945). A study on some clinical aspects between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *Journal of Mental Science, 91*, 166-187.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function - Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry, 21*, 581–586.

- Taiminen, T., Huttunen, J., Heilä, H., Henriksson, M., Isometsä, E., Kähkönen, J., Tuominen, K., Lönnqvist, J., Addington, D., & Helenius, H. (2001). The schizophrenia suicide risk scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophrenia Research, 47*, 199-213.
- Tibbo, P., Kroetsch, M., Chue, P., & Warneke, L. (2000). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 34*, 139-146.
- Tibbo, P., Swainson, J., Chue, P., & LeMelledo, J.-M. (2003). Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depression and Anxiety, 17*(2), 65–72.
- Tibbo, P., & Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 24*(1), 15-24.
- Tien, A. Y. & Eaton, W. W. (1992). Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Archives of General Psychiatry, 49*(1), 37–46.
- Tiihonen, J., Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J., & Korhonen, P. (2012). Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Archives of general psychiatry, 69*(5), 476–483.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review, 16*, 157–172.
- Van Dael, F., van Os, J., de Graaf, R., ten Have, M., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. (2011). Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*, 136-146.
- Varese, F., & Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 850-864.
- Varghese, D., Scott, J., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., & McGrath, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: A population-based survey in young adults. *Schizophrenia Bulletin, 37*, 389-393.
- Voges, M., & Addington, J. (2005). The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 76*(2-3), 287–292.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession and the psychology of mental control*. London: Guilford.

- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behaviour Therapy*, *21*, 273–280.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 86-95.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, *26*, 153–161.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, *29*(3), 357–370.
- Wetherell, J. L., Palmer, B. W., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., & Jeste, D. V. (2003). Anxiety symptoms and quality of life in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(12), 1476-1482.
- Westphal, K. (1878). Ueber Zwangsvortellungen. *Archiv Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, *8*, 734-750.
- Whitney, K. A., Fastenau, P. S., Evans, J. D., & Lysaker, P. H. (2004). Comparative neuropsychological function in obsessive-compulsive symptoms. *Schizophrenia Research*, *69*, 75-83.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, *29*(2), 309–323.
- World Health Organization (1992). ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Geneve: WHO.
- World Health Organization (2009). 14. opplag *ICD-10 Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 353–370.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103–126.
- Öngur, D., & Goff, D. C. (2005). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive functioning and medication status. *Schizophrenia Research*, *75*, 349-362.