

Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser

Julie Rendum Klæth og Roger Hagen

Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser

Psykoselidelser har tradisjonelt vært forklart med biologiske og genetiske faktorer, men i senere tid har fokus på psykoters etiologi blitt flyttet mot miljømessige faktorer. Det er i den forbindelse sett en sterkere relasjon enn tidligere antatt mellom barndomstraumer og utvikling av psykotiske symptomer. Begrepet psykose har gjennom historien blitt definert på ulike måter. Den snevreste forståelsen tilsier at det å være psykotisk innebærer å ha vrangforestillinger eller fremtredende hallusinasjoner, der hallusinasjonene forekommer uten at pasienten har innsikt i deres patologiske natur. En utvidet definisjon inkluderer hallusinasjoner som klienten selv skjønner ikke er virkelige, samt andre positive symptomer ved schizofreni. DSM-IV (APA, 2000) definerer en psykose som tilstedeværelsen av vrangforestillinger, hallusinasjoner, kataton atferd (som posering), negative symptomer (som affektiv avflating) eller desorganisert tale, tenkning eller handling. Psykotiske lidelser inkluderer lidelser som schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, akutte og forbigående psykoser og vrangforestillingslidelser (APA, 2000).

Vrangforestillinger er kjernen i alle psykoser og defineres som irrasjonelle eller bisarre antagelser som holdes av den rammede, i strid med foreliggende evidens. Slike forestillinger skal heller ikke være i samsvar med personens religiøse, kulturelle eller sosioøkonomiske bakgrunn. Det er likevel vanskelig å definere vrangforestillinger slik at de skiller seg fra normale antagelser som henger sammen med kulturelle forskjeller i antagelser og holdninger om verden (APA, 2000; Bentall, 2003; Kingdon & Turkington, 2005).

Hallusinasjoner er et annet relativt vanlig fenomen ved psykotiske lidelser (Kingdon & Turkington, 2005). Hallusinasjoner kan beskrives som persepsjon uten et passende stimulus til stede, og kan forekomme i enhver sansemodalitet. Auditive hallusinasjoner er det vanligste og erfares som regel som stemmer som oppleves distinkte fra ens egne tanker.

En ensidig psykoseforståelse?

Den dominerende og tradisjonelle forklaringen på psykotiske symptomer og psykotiske lidelser har lagt vekt på abnormaliteter på det biologiske og genetiske nivå. I de siste årene har det blitt satt spørsmålsteget ved evidensen som støtter denne forklaringen. Å opprettholde dagens syn på sammenhengen mellom biologi/genetikk og psykoser er dermed problematisk. Et av problemene er relatert til diagnostisering. For at diagnoser skal være til hjelp både i forskningsøyemed og i

klinisk praksis, må de være reliable og valide. De psykiatriske diagnosene har imidlertid verken god reliabilitet eller validitet (Bentall, 2006). Da må man spørre seg om det er mulig å si at en faktor (biologi eller miljø) kan påvirke utviklingen av psykiske lidelser når diagnosen som brukes i forskningen, inkluderer pasienter med svært forskjellig problematikk og med svært ulik etiologi (Bentall, 2003; Bentall 2006).

Knyttet til den samme problemstillingen er spørsmålet om det er for stor tiltro til genetisk evidens (Marshall, 1990), og at man dermed antar at psykotiske lidelser er under en sterk genetisk kontroll (Bentall, 2006). Troen på at psykotiske lidelser har en høy arvelighet, gjør at miljøets betydning for utvikling av psykoser blir undervurdert. Videre får evidensen for en biologisk forklaring av psykoser mye oppmerksomhet, uten at evidensen som finnes, er så klar som enkelte tilhengere av en biologisk forklaring av psykoser påstår (Bentall, 2006). I dag settes det for eksempel spørsmålsteget ved funn som at pasienter med schizofreni har forstørrede cerebrale ventrikler og en redusert aktivitet i frontallappene (Green, Satz, Ganzell & Vaclav, 1992; Raz & Raz, 1992). Det er imidlertid ikke bare de svake biologiske funnene som er interessante. Tolkningene som er gjort på grunnlag av disse svake funnene, har også fremmet en sammenheng mellom biologi/genetikk og psykotiske lidelser, men en rekke studier viser at erfaring og opplevelser former hjernens struktur. Strukturelle forskjeller og forskjeller på nevrotransmitternivå bør ikke brukes som evidens mot en miljømessig påvirkning, da funnene jo åpner for at opplevelser og erfaringer nettopp kan føre til slike endringer i hjernen (Bentall, 2006).

Forskning tyder på at miljømessige faktorer har en etiologisk påvirkning i utvikling av schizofreni og andre psykotiske lidelser

Som et resultat av kritikken mot den dominerende biologiske forklaringen på psykotiske symptomer og psykoselidelser er en ny forståelse i ferd med å etableres. I den nye psykoseforståelsen anser man at psykotiske symptomer ligger på et kontinuum med andre normale menneskelige opplevelser, og at psykologiske prosesser øver en sterk betydning når det gjelder utviklingen og opprettholdelse av psykotiske symptomer (Bentall, 1990, 2003; Kingdon & Turkington, 2005). Innenfor den neokraepelianske tradisjonen har ikke traumer vært sett som en faktor som kan forårsake psykoser (Bentall, 2007). Vi tror imidlertid dette feltet er i ferd med å gjennomgå et paradigmeskifte. Psykotiske symptomer har vist seg å være høyt korrelert med barndomstraumer og andre dissosiative symptomer både i kliniske utvalg (Ross et al., 1990) og i normalpopulasjonen (Ross & Joshi, 1992b). Det er også i mange tilfeller meget vanskelig å skille klinisk dissosiative

symptomer og psykotiske symptomer. Dette gjør at man kan anta en mulig felles etiologi for begge typer tilstander (Patterson, Skeate & Birchwood, 2006). Dissosiasjon er i denne sammenhengen et svært interessant fenomen siden relasjonen mellom traumer og dissosiasjon er relativt etablert (Holowka, King, Saheb, Pukall & Brunet, 2003). Mulder, Beautrias, Joyce & Fergusson (1998) fant at ca. 6 % av normalpopulasjonen har høye nivåer av dissosiativ symptomatologi. Dissosiasjon er ofte sett i schizofreni, hvor oppimot 50 % av de som lider av schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, har komorbide dissosiative symptomer (Haugen & Castillo, 1999). Man kan derfor tenke seg dissosiasjon på et kontinuum som går fra normale menneskelige opplevelser på det ene ytterpunktet, til dissosiasjon som følge av traumer, og dissosiasjon som en del av en schizofrenilidelse på det andre ytterpunktet. Dette kan være en indikasjon på at traumeutsatte utgjør en risikogruppe for utvikling av schizofreni og andre psykotiske lidelser.

Empiri tyder på at barndomstraumer kan knyttes til utviklingen av en rekke psykiske lidelser, og at det kan være en sammenheng mellom misbruk og forstyrrelsens alvorlighetsgrad (Janssen et al., 2004; Kilcommons & Morrison, 2005; Whitfield, Dube, Felitti & Anda, 2005). Lite tyder på at det finnes et enkelt årsak-og-effekt-forhold mellom traumer og psykoser, men det betyr ikke at et slikt forhold er fraværende (Jackson & Birchwood, 2006). I forskningslitteraturen har man foreslått tre mulige sammenhenger mellom traumer og psykoser (Larkin & Morrison, 2006):

- 1 En mulig sammenheng er at et traume både kan føre til utvikling av en psykose og spille en viktig rolle i opprettholdelsen av psykosen.
- 2 En annen mulig sammenheng kan være at opplevelsen av en psykose i seg selv er traumatisk, og at disse pasientene kan være sårbare for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som en følge av psykosen.
- 3 Den tredje mulige sammenhengen er at både psykoser og PTSD er en del av et spektrum av mulige responser på traumatiske opplevelser

Vi vil i denne artikkelen ta for oss den første av disse mulige sammenhengene og undersøke om det er empirisk belegg for å si at traumer i barndommen kan føre til psykotiske lidelser senere i livet. Problemstillingen som vi ønsker å besvare, er derfor: Er det en sammenheng mellom tidlige barndomstraumer som seksuelle overgrep (childhood sexual abuse; CSA) og fysisk mishandling (childhood physical abuse; CPA) og utvikling av psykotiske symptomer senere i livet? Vi vil starte

med å gjennomgå ulike definisjoner omkring traumer. Basert på søk vi har gjort i litteraturbaser som Psychinfo og Medline, vil vi gjennomgå studier som har sett på prevalens av barndomstraumer i normalpopulasjonen og kliniske populasjoner. Flere mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og psykotiske symptomer blir diskutert, og mot slutten av artikkelen vil vi diskutere hvilke kliniske implikasjoner en slik eventuell sammenheng kan ha.

Traumer

Etter et traume vil mange få enkelte psykologiske reaksjoner, men brorparten av de som rammes, kommer seg etter kort tid (Foa & Rothbaum, 1998). De psykologiske virkningene av traumer består i hovedsak av symptomer og atferd som vi finner kategorisert under diagnosen posttraumatisk stresslidelse. Problemet er imidlertid at traumeutsatte ofte opplever andre psykologiske problemer som *ikke* er innbefattet i PTSD-diagnosen (Kimble, Riggs, & Keane, 1998). Mange med PTSD-diagnosen opplever i tillegg til sine psykiatriske symptomer komorbide psykologiske problemer som depresjon og angstlidelser, personlighetsendringer og rusproblemer, samt problemer knyttet til sinne og aggresjon (Keane & Kaloupek, 1997). Traumeutsatte rapporterer videre sosial isolering, flere interpersonlige konflikter, mangel på tilhørighet og en svekkelse i sosial og arbeidsmessig fungering (Kimble, Riggs & Keane, 1998). I tillegg til disse psykologiske problemene kan man i mer komplekse traumetilstander også se strukturelle endringer i hjernen som følge av traumet (Yehuda & McFarlane, 1997).

Siden ulike personer reagerer ulikt på like hendelser, er det viktig å skille mellom hva som er en normal reaksjon på et traume, og hva som er en patologisk reaksjon (Foa & Rothbaum, 1998). Noen er mer sårbare enn andre og blir dermed lettere traumatisert. Uansett: hvis hendelsen utløser en intens emosjonell respons, blir situasjonen betraktet som traumatiserende for personen (Friedman, 2006). Seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndommen kan i mange tilfeller nettopp vekke slike intense emosjonelle responser.

Seksuelle overgrep og fysisk mishandling

Det er ingen entydig definisjon for hva fenomenet *seksuelle overgrep* innebærer, og ulike studier definerer det ulikt. Noe går imidlertid igjen i de fleste studier. Det må være en viss aldersforskjell

mellom barnet og overgriperen (ofte fem år eller mer), og det er også vanlig å ha en øvre aldersgrense for hvor gammelt barnet var da overgrepet skjedde. I de fleste studier er denne aldersgrensen satt til mellom 14 til 16 år. Noen studier inkluderer kun ufrivillige seksuelle erfaringer, men de fleste inkluderer også frivillige seksuelle erfaringer så lenge barnet er under øvre aldersgrense, og aldersforskjellen mellom overgriper og offer tilfredsstiller inklusjonskriteriene. Også definisjon av seksuelle erfaringer skiller seg fra studie til studie. Mens de fleste undersøkelser inkluderer erfaringer både med og uten fysisk kontakt, inkluderer noen bare tilfeller med fysisk kontakt (Rind, Tromovitch & Bauserman, 1998). *Fysisk mishandling* blir i mange tilfeller definert som handlinger som har til hensikt å skade, eller handlinger som har ført til skade, for eksempel slag, spark, kvelning, biting eller lignende. Hva som betegnes som skade, er individuelt i de ulike studiene. Også her må det i de fleste tilfeller være en viss aldersforskjell mellom offer og overgriper samt en øvre aldersgrense hos offeret (Bentall, 2003).

Prevalens av barndomstraumer

Før mulige sammenhenger mellom traumer i barndommen og psykotiske lidelser drøftes videre, er det nødvendig å gi et innblikk i prevalens av barndomstraumer både i normalpopulasjonen og i psykosepopulasjonen og sammenligne disse med hverandre. Ulike studier viser store forskjeller i prevalens av barndomstraumer hos normalpopulasjonen. Dette kommer blant annet av at de definerer barndomstraumer ulikt (i noen tilfeller defineres seksuelle overgrep som voldtekt; i enkelte undersøkelser inkluderes andre seksuelle handlinger). Hvilken metode som brukes for å innhente data, kan også være av betydning for hvor mange som rapporterer misbruk (Vogeltanz et al., 1999). Likevel gir undersøkelsene totalt sett et bilde av utbredelsen av seksuelle overgrep i normalpopulasjonen og psykosepopulasjonen. Tabell 1 viser prevalensen av seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndom hos *normalpopulasjonen*. Tabell 2 viser prevalensen av seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndom hos *psykosepopulasjonen*.

Tabell 1. Prevalensstudier relatert til seksuelle overgrep (CSA) og fysisk mishandling (CPA) i normalpopulasjonen

STUDIE:	CSA		CPA		CSAOG/ELLER CPA
	KVINNER	MENN	KVINNER	MENN	
Bebbington et al. (2004)	3,5 %		7 %		

Tabell 1. Prevalensstudier relatert til seksuelle overgrep (CSA) og fysisk mishandling (CPA) i normalpopulasjonen

Briere & Elliott (2003)	32,3 %	14,2 %	19,5 %	22,2 %
May-Chahal & Cawson (2005)	15 %	6 %	12 %	14 %
Rind et al. (1998)	27 %	14 %		
Vogeltanz et al. (1999)	15–32 %			

Tabell 2. Prevalensstudier relatert til seksuelle overgrep (CSA) og fysisk mishandling (CPA) hos psykosepasienter

STUDIE:	CSA		CPA		CSA OG/ELLER CPA
	KVINNER	MENN	KVINNER	MENN	
Bak et al. (2005)					43 %
Bebbington et al. (2004)	34,5 %		38,1 %		
Beck & van der Kolk (1987)	46 %				
Briere et al. (1997)	53,1 %		48,7 %		
Goff et al. (1991)	44,3 %				
Greenfield et al. (1994)					53 %
Lysaker et al. (2001)	35 %				
Morgan & Fisher (2007)	42 %	28 %	35 %	38 %	50 %
Read & Argyle (1999)	76 %		75 %		71 %
Read et al. (2005)	48 %		48 %		69 %
Ross & Joshi (1992a)					45,7 %

Som vist i de to tabellene ser man en tendens til at en større andel av psykosepasienter har vært utsatt for både seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndommen. Dette kan sannsynliggjøre en assosiasjon mellom misbruk i barndommen og senere utvikling av psykotiske lidelser (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). Bebbington et al. (2004) studerte på sin side barndomstraumer *både* blant normalpopulasjonen og hos pasienter med psykoselidelser og fant at en langt større andel av psykosepopulasjonen rapporterer seksuelle overgrep og fysisk mishandling enn

normalpopulasjonen. I deres studium faller definisjonsproblemet bort fordi definisjonen for seksuelle overgrep og fysisk mishandling er den samme for begge populasjonene. Studiet kan derfor tas som en indikasjon på at det er en assosiasjon mellom barndomstraumer og psykoser. Det er imidlertid problematisk å konkludere med at en slik sammenheng er kausal, da korrelasjoner ikke utsier noe om forholdet mellom årsak og virkning. Spørsmålet om en eventuell kausalitet diskuteres nærmere senere i artikkelen.

Hvis barndomstraumer forhøyer risikoen for utvikling av psykotiske lidelser senere i livet, vil forebygging og tidlig intervensjon være svært viktig for å minske risikoen for psykotiske episoder

De metodiske definisjonsproblemene er nok bare én av årsakene til at en eventuell relasjon mellom seksuelle overgrep / fysisk mishandling i barndommen og psykotiske lidelser ikke tidligere har blitt anerkjent. Metodesvakheter innenfor forskning på misbruk av barn reduserer også sannsynligheten for at en sammenheng mellom seksuelle overgrep / fysisk mishandling i barndommen og psykoser vil kunne oppdages. Det gjelder blant annet hvilke pasienter som inkluderes, og hva forskere tradisjonelt har valgt å sette fokus på. Psykotiske pasienter blir for eksempel ofte ekskludert fra forskning på sammenhenger mellom misbruk i barndommen og psykiske lidelser. Dermed får man mindre informasjon om relevante årsaksfaktorer for sammenhengen mellom traumer og utviklingen av psykotiske lidelser (Read, 1997). En grunn til at de ekskluderes, er etter vårt syn at forskere frykter at svarene deres ikke er til å stole på, eller at de da vil overrapportere misbruk og dermed forstyrre studiens konklusjoner. Funn viser imidlertid at svært få pasienter med psykoseproblematikk overrapporterer misbruk, og at problemet snarere er underrapportering (Read, 1997; Meyer, Muezenmayer, Cancienne & Struening, 1996).

Å ta utgangspunkt i medisinske rapporter eller politirapporter som grunnlag for prevalens av misbruk kan også være med på å redusere relasjonen mellom misbruk i barndommen og psykoser (Read, 1997). Det ene problemet er at de fleste overgrep mot barn aldri blir oppdaget av politi og medisinsk personell, det andre problemet at offentlige myndigheter naturlig nok setter en stopper for overgrepene når de oppdages, samt at behandlingstiltak iverksettes for å hjelpe barnet (Read et al., 2005; Spataro, Mullen, Burgess, Wells & Moss, 2004). Dette kan utgjøre en beskyttelsesfaktor for barnet, og medfører en noe redusert risiko for utvikling av psykotiske lidelser senere i livet (Read et al., 2005; Spataro et al., 2004). En annen faktor som kan bidra til at forholdet mellom misbruk i barndommen og psykoser ikke anerkjennes av forskere, er at data som tyder på en slik sammenheng,

tidligere har blitt ignorert. Når forskere antar at en eventuell sammenheng mellom barndomstraumer og utvikling av psykotiske lidelser ikke eksisterer, overser man kanskje de eventuelle relasjonene som finnes i datagrunnlaget (Read, 1997). Kan hende har det oppstått et forskningsmessig «bias», og hvor en årsak til at en eventuell relasjon mellom traumer og psykotiske lidelser heller ikke blir oppdaget i den kliniske hverdagen, er at symptomer ofte refortolkes når man får ny informasjon om barndomstraumer. Pasienter med psykotiske lidelser får gjerne diagnosen sin endret til PTSD når slike fakta kommer på bordet, siden traumer tradisjonelt sett ikke er sett på som en årsaksfaktor for psykoser (Read, 1997).

Mulige sammenhenger mellom barndomstraumer og psykoser

En eventuell relasjon mellom barndomstraumer og psykotiske lidelser vil ha både teoretiske og kliniske implikasjoner. Dokumentasjon av en slik relasjon vil kunne utvide vår forståelse av psykoser og bidra til nye behandlingsmetoder for pasienter med lidelser innenfor psykosespekteret som er utsatt for overgrep.

Nyere forskning tyder på at det er en sammenheng mellom traumer i barndommen og psykotiske lidelser (Bebbington et al., 2004; Jannsen et al., 2004; Scott et al., 2007; Shevlin et al., 2007a; Spauwen et al., 2006; Whitfield et al., 2005), og det er funnet signifikante assosiasjoner mellom ulike typer av selvrapporterte traumer og psykotiske lidelser (Bebbington et al., 2004; Shevlin et al., 2007b), hallusinasjoner (Shevlin et al., 2007a; Whitfield et al., 2005), og vrangforestillinger (Scott et al., 2007). Spesielt synes assosiasjonen mellom barndomstraumer og hørselshallusinasjoner å være sterk.

Romme & Escher (1989) fant at 70 % av stemmehørere begynte å høre stemmer etter at en traumatisk hendelse fant sted, og Morrison & Petersen (2003) fant i en studie på et ikke-klinisk utvalg en sammenheng mellom traumerelaterte mål og en predisposisjon for auditive hallusinasjoner. Andre funn fra forskning tyder også på at hallusinasjoner (spesielt auditive hallusinasjoner) er knyttet til misbruk i barndommen, og da særlig seksuelle overgrep. Ensink (1992) rapporterte at 27 % av alle incestutsatte opplevde livslange hallusinasjoner. Videre fant Read og medarbeidere (2003) at hallusinasjoner var signifikant knyttet til både seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndommen, men mest vanlig hos pasienter utsatt for begge typer misbruk. Hele 71 % av disse rapporterte hallusinasjoner. De fant også at auditive hallusinasjoner var til stede hos kun 18 %

av pasientene som ikke hadde opplevd misbruk, sammenlignet med 52 % hos de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Kommenterende og kommanderende stemmer, visuelle hallusinasjoner og lukthallusinasjoner ble også funnet å være signifikant mer knyttet til så vel CSA som CPA. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppen som ikke hadde opplevd CSA eller CPA, og gruppen som hadde opplevd CSA og/eller CPA, med henhold til taktile hallusinasjoner.

Andre studier har rapportert lignende funn som støtter en sammenheng mellom traumer i barndommen og hallusinasjoner (Whitfield et al., 2005). I en studie på pasienter med bipolar lidelse ble det funnet at de som var utsatt for CSA, hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å oppleve auditive hallusinasjoner og seks ganger mer sannsynlighet i å høre kommenterende stemmer enn de som ikke var utsatt for CSA. Dette viser at relasjonen mellom traumer og hallusinasjoner også er til stede på tvers av diagnostiske grenser (Hammersley et al., 2003).

Kritikk av en sammenheng mellom barndomstraumer og psykotiske symptomer

Problemet med korrelasjonsstudier er at de ikke sier noe om kausalitet. På tross av høye korrelasjoner mellom CPA/CSA og psykotiske lidelser kan man likevel ikke med sikkerhet si at traumer i barndommen kan føre til utvikling av psykoser senere i livet (Morrison, Frame & Larkin, 2003). Enkelte har imidlertid hevdet at det finnes en sammenheng mellom det opplevde traumet og innholdet i de psykotiske symptomene, og at dette kan indikere en kausal sammenheng mellom traumer og psykoser. Read og Argyle (1999) studerte psykotiske symptomer hos pasienter utsatt for misbruk i barndommen, og fant at man hos omtrent halvparten av de traumeutsatte med psykotiske symptomer kunne se en sammenheng mellom traumet og innholdet i symptomene. Disse funnene var imidlertid basert på et lite utvalg, noe som svekker generaliserbarheten. I en senere studie på 200 pasienter fant Read et al. (2003) at hallusinasjoner, i tillegg til å være signifikant knyttet til CSA og CPA, også var knyttet til type traume opplevd som barn med tanke på innhold i hallusinasjonene.

Et annet metodisk problem er at mange studier heller ikke kontrollerer for andre variabler som kan moderere forholdet mellom tidlige barndomstraumer og psykoser, for eksempel demografiske variabler og retraumatisering i voksen alder. Det finnes imidlertid studier som har rapportert at CSA er sterkere relatert til psykotiske lidelser enn andre diagnoser selv etter å ha kontrollert for demografiske variabler (Bebbington et al., 2004; Briere et al., 1997; Read et al., 2005). En annen studie som kontrollerte for retraumatisering, fant at CSA og CPA var signifikante

prediktorer på hallusinasjoner, også etter å ha kontrollert for misbruk i voksen alder (Read et al., 2003). Honig et al. (1998) utførte en studie på pasienter med schizofreni og dissosiative lidelser, og fant at auditive hallusinasjoner hos de fleste av disse pasientene var trigget av traumatiske hendelser eller minner om traumatiske hendelser. Disse funnene tyder på en sammenheng mellom seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndommen og senere utvikling av psykotiske lidelser. Funnene støtter også den allerede nevnte sammenhengen mellom auditive hallusinasjoner og traumer som er beskrevet tidligere i artikkelen.

Likhet mellom traumets natur og innhold av de psykotiske symptomene kan indikere en forbindelse mellom CSA/CPA og psykotiske lidelser senere i livet. En slik overensstemmelse må imidlertid ikke tolkes som bevis for at det er en kausal sammenheng. En alternativ forklaring kan være at en persons psykotiske symptomer alltid vil være knyttet til personens utviklingshistorie. Barndomstraumer kan da forklare innholdet i symptomene, men mangler etiologisk kraft (Morrison et al., 2003).

Hvis barndomstraumer forhøyer risikoen for utvikling av psykotiske lidelser senere i livet, vil forebygging og tidlig intervensjon være svært viktig for å minske risikoen for psykotiske episoder

Funn fra forskning som støtter en relasjon mellom alvorlighet av misbruk og alvorlighet av psykotisk lidelse, vil kunne støtte antagelsen om en sammenheng mellom misbruk i barndommen og utvikling av senere psykotiske lidelser. Nyere studier tyder på at det eksisterer en dose-respons-relasjon mellom antallet av traumatiske hendelser i barndommen og risiko for psykotiske symptomer, hvor også effekten blir sterkere jo mer alvorlig traumet er (Krabbendam, 2008). Samlet tyder disse funnene på at traumer i barndommen kan være en viktig miljømessig risikofaktor for utvikling av psykotiske lidelser senere i livet.

Det finnes flere forklaringsmodeller på hvordan traumer i barndommen kan bidra til psykotiske lidelser senere i livet. Disse forklaringsmodellene inkluderer både biologiske og psykologiske variabler. Biologisk sett kan det være slik at en vedvarende stresseksposering kan føre til forandringer i HPA-akseregulering og strukturelle abnormaliteter i hippocampus (Bremner, 1999; Heim et al., 2000; Teicher et al., 2003). Traumer kan slik føre til en oversensitivitet til senere stress, og på denne måten kan barndomstraumer øke risikoen for psykotiske symptomer som en reaksjon på stressende livshendelser senere i livet. Dysregulering av HPA-aksen kan også bidra til dopaminerge abnormaliteter som man tenker seg er involvert ved psykotiske lidelser (Walker & Difori, 1997). På

et mer psykologisk nivå kan eksponering av tidlige skadelige livshendelser være med på å bidra til en kognitiv sårbarhet som igjen øker risikoen for psykotiske symptomer senere i livet (Bentall 2001; Birchwood, 2003; Garety et al., 2007).

Kliniske implikasjoner

En av de viktigste kliniske implikasjonene for en sammenheng mellom traumer og psykoser er at psykologer og andre som jobber med pasienter med psykoselidelser, må bli flinkere til å spørre etter opplevde traumer. På grunn av den høye korrelasjonen mellom traumer og psykoser har det vært foreslått at spørsmål om misbruk bør inngå som rutine når en møter pasienter med psykotiske symptomer (Briere et al., 1997; Hammersley et al., 2003; Janssen et al., 2004; Morrison, Read & Turkington, 2005; Read, 1997). Fravær av slike spørsmål i tilfeller der pasienten har vært utsatt for traumer, kan hindre iverksettelse av hensiktsmessig behandling, og dermed begrense mulighet for bedring (Bak et al., 2005; Read, 1997). Å identifisere en eventuell sammenheng mellom det opplevde traumet og de psykotiske symptomene blir også svært viktig, da dette kan normalisere pasientens opplevelser og redusere ubehag knyttet til symptomene. Eventuelle tiltak rettet mot pasienter med schizofreni og andre psykotiske lidelser som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller fysisk mishandling i barndommen, bør også ta traumet i betraktning og sørge for at den behandlingen som ytes, minimaliserer effektene av traumet (Morrison et al., 2003; Morrison et al., 2005; Read et al., 2003). Psykologisk behandling av psykotiske symptomer bør i tilfeller der pasienten har vært utsatt for CSA/CPA, også inkludere traumebehandling. Det er viktig at pasienten mottar psykoedukasjon, noe som kan bidra til en ytterligere normalisering samt svekket ubehag av symptomene (Morrison et al., 2003). En relasjon mellom traumer og psykoser indikerer også at psykoser kan unngås, noe som har viktige implikasjoner for forebygging (Morrison et al., 2005).

Konklusjon

På tross av metodologiske begrensinger tyder foreliggende studier på at det kan være en sammenheng mellom barndomstraumer og positive psykotiske symptomer (Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008; Krabbendam, 2008). En potensiell sammenheng mellom misbruk i barndommen og utvikling av psykoser indikerer at psykososiale forhold tidlig i livet er assosiert med psykotiske lidelser. Det tyder

på at miljømessige faktorer har en etiologisk påvirkning i utvikling av schizofreni og andre psykotiske lidelser. Det har implikasjoner for de enkelte pasienter en slik relasjon angår, og det innebærer at pasienter bør ses i betraktning av sin demografiske, sosiale og psykologiske historie (Briere et al., 1997; Harrison, Gunnell, Glazebrook, Page & Kwiecinski, 2001). Hvis det er statistisk risiko for at barndomstraumer forhøyer risikoen for utvikling av psykotiske lidelser senere i livet (Patterson, Skeate & Birchwood, 2006), vil forebygging og tidlig intervensjon være svært viktig for å minske risikoen for psykotiske episoder. Selv om de studiene vi har tatt for oss, tyder på at det eksisterer en sammenheng mellom traumer i barndommen og psykotiske lidelser, vet vi fortsatt lite om hvordan dette forholdet fortoner seg (Jackson & Birchwood, 2006).

Julie Rendum Klæth

Tiller DPS

Østre Rosten 55

7075 Tiller

E-post julie.rendum.kleth@stolav.no

Referanser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bak, M., Krabberdam, L., Janssen, I., de Graaf, R., Vollenbergh, W. & van Os, J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 360–366.
- Bebbington, P. E., Bhurga, D., Bhurga, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G. & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimization and childhood disadvantage. Evidence from the second British National Survey of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220–226.
- Beck, J. C. & van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1474–1476.

- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 568–579.
- Bentall, R. P. (red). (1990). *Reconstructing schi-zophrenia*. London: Routledge.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Bentall, R. P. (2006). The environment and psychosis: Rethinking the evidence. I: Larkin, W. & Morrison, A. P. (red.), *Trauma and psychosis. New directions for theory and therapy* (ss. 7–22). East Sussex: Routledge.
- Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, 524–526.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration, *Clinical Psychology Review*, *21*, 1143–1192.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first- episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 373–375.
- Bremner, J. D. (1999). Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, *45*, 797–805.
- Briere, J. & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, *27*, 1205–1222.
- Briere, J., Woo, R., Mcrae, B., Foltz, J. & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* *185*, 95–101.
- Ensink, B. (1992), *Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Vu University Press, Amsterdam.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford Press.
- Friedman, M. (2006). *Post-traumatic and acute stress disorders. The latest assessment and treatment strategies. 4th edition*. Kansas City: Dean Psych Press Corp. d/b/a compact clinicals.
- Garety, P. A., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D. & Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis. *Psychological Medicine*, *37*, 1377–1391.
- Goff, D. C., Brotman, A. W., Kindler, D. & Waites, M. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, *37*, 73–80.

- Green, M. F., Satz, P., Ganzell, S. & Vaclav, J. F. (1992). Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia: remediation of a stubborn deficit. *American Journal of Psychiatry* 149, 62–67.
- Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Batson, S. C. & Kolbrener, M. L. (1994). Childhood Abuse in First-Episode Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831–834.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B. & Bentall, R. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorders: Preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 543–547.
- Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K. & Kwiecinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 346–350.
- Haugen, M. C. & Castillo, R. J. (1999). Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 751–754.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary–adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592–597.
- Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M. & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 87–90.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H. & Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and non-patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 646–651.
- Jackson, C. & Birchwood, M. (2006). Trauma and first episode psychosis. I: Larkin, W. & Morrison, A. P. (red.), *Trauma and psychosis. New directions for theory and therapy* (ss. 127–147). East Sussex: Routledge.
- Janssen I., Krabbendam. L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. & van Os, J. (2004) Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38–45.
- Keane, T. M. & Kaloupek, D. G (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD: Implications for research. I: R.Yehuda & A. McFarlane (red.), *Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorders*. New York: Annals of the New York Academy of Science.

- Kilcommons, A. M. & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*, 351–359.
- Kimble, M. O., Riggs, D. S. & Keane, T. M. (1998). Cognitive behavioural treatment of complicated cases of post traumatic stress disorders. I: N. Tarrier, A. Wells & G. Haddock (red.), *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. (ss 105–130). Wiley & Sons.
- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Krabbendam, L. (2008). Childhood psychological trauma and psychosis. *Psychological Medicine*, *38*, 1405–1408.
- Lysaker, P. H., Meyer, P. S., Evans, J. D., Clements, C. A. & Marks, K. A. (2001). Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *52*, 1485–1488.
- Marshall, R. (1990). The genetics of schizophrenia: Axiom or hypothesis? I: R. P. Bentall (red.), *Reconstructing schizophrenia* (ss. 89–117). London: Routledge.
- May-Chahal, C. & Cawsons, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 969–984.
- Meyer, I. H., Muezenmaier, K., Cancienne, J. & Struening, E. (1996). Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness. *Child Abuse and Neglect*, *20*, 213–219.
- Morgan, C. & Fisher, H. (2007). Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma – a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 3–10.
- Morrison, A. P., Frame, L. & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Psychology*, *42*, 331–353.
- Morrison, A. P. & Petersen, T. (2003). Trauma, metacognition and predispositions to hallucinations in non-patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*, 235–246.
- Morrison, A., Read, J. & Turkington, D. (2005). Editorial. Trauma and Psychosis: Theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*, 327–329.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 806–811.

- Patterson, P., Skeate, A. & Birchwood, M. (2006). Treatment targets in the pre-psychotic phase. I J. Addington, S.M Francey & A.P. Morrison. *Working with people at high risk of developing psychosis: A treatment handbook (ss. 75–91)*. London: Wiley & Sons.
- Raz, S. & Raz, N. (1990). Structural brain abnormalities in the major psychoses: A quantitative review of the evidence from computerized imaging. *Psychological Bulletin*, *108*, 93–108.
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 448–456.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychiatry: Theory, Research and Practice*, *76*, 1–22.
- Read, J. & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, *50*, 1467–1472.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*, 330–350.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, *124*, 22–53.
- Romme, M. A. J. & Escher, & A. D. M. A. C. (1989). Hearing voices, *Schizophrenia Bulletin* *15*, 209–216.
- Ross, C. A. & Joshi, S. (1992a). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, *33*, 269–273.
- Ross, C. A. & Joshi, S. (1992b). Paranormal experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*, 357–361.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor., P., Bjornson, L., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 596–601.
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., Martin, G. & McGrath, J. (2007). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 339–342.
- Shevlin, M., Dorahy, M. J. & Adamson, G. (2007a). Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, *41*, 222–228.

- Shevlin, M., Dorahy, M. J. & Adamson, G. (2007b). Trauma and psychosis. An analysis of the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 166–169.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective studies in males and females. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 416–421.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittche, H. U. & van Os J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms. Relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 527–533.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences on early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *27*, 33–44.
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A. & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse and Neglect*, *23*, 579–592.
- Walker, E. F. & Diforio (1997). Schizophrenia: A neural diathesis–stress model. *Psychological Review*, *105*, 667–685.
- Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, *29*, 797–810.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. (1997). *Psychobiology of posttraumatic stress disorders*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences