

Imaginal journeys: One thousand and one adventures in thinking and writing, walking and living

'LECTORI BENEVOLO': To read sometimes feels like finding and going through an unknown door. Going through that door takes one out of the 'world' and to a hidden inside of the world. I would like these texts to become such doors. I can still enjoy the privilege and miracle of my own presence in this incredible world, alive to feel, observe, and listen; think, imagine and sometimes I just sit down with a calming cup of coffee and write a little piece or a poem. So – I can hear your question – why this endless writing? First, it is perhaps defensive; "I write to cure my own sense of having been overinfluenced since childhood" (Harold Bloom). Also to avoid being overinfluenced in the overwhelming here-and-now bombardment. And after that, it is perhaps an escape from one's self, as Foucault says: "one writes to become someone other than who one is." At home, I have this small garden of plants and trees to tend. Writing offers me another and inner form of gardening, what Rainer Maria Rilke spoke of as his 'internal gardening'.. Through a process of slow and reflective writing and frequent rewriting I can say with the old philosopher – 'I am', – because to write is also to be – I even enjoy the incomparable solitude and silence of writing, being active and even a little connected without having to live a busy and demanding social existence. Yes, writing gives me presence. But then; just to own presence in this world has its advantages but it is not enough by itself. Like climbing to the top of some mountain, sometimes I need to engage in some hard brain-work that is required to open up and disclose some of the endless secrets and even lies of this world. Truth is most often not about finding hard facts, but maybe more about what is hidden, what lies in the dark waiting to be disclosed. What better adventure can there be than to discover and disclose secrets, find cracks and openings in the web of existence and rediscover the light that help us see into the dark? And of course, I also need to connect to other voices and 'friendly forces', to meet and confront others who search for openings and disclosure, I depend on an intellectual infrastructure to meet and exchange with other humans. Here it is, the communication magic, the internet meeting place. Good to see you around, but please remember, this is not a place for info/entertainment, but for slow and serious reading and thinking. Robert Musil once said that: "In the realm of the aesthetic ... even imperfection and lack of completion have their value". ...I am not particularly interested in being 'understood' by anyone. I would like to ask of you, as the philosopher Nietzsche did of his readers; "one thing above all: to go aside, to take time, to become still, to become slow. . . . (-) it is more necessary than ever today . . . in the midst of an age of "work," that is to say, of hurry, of indecent and perspiring haste, which wants to "get everything done" at once, (-) : —this art does not so easily get anything done, it teaches to read well, that is to say, to read slowly, deeply, looking cautiously before and aft, with reservations, with doors left open, with delicate eyes and fingers. . . . My patient friends, (-): learn to read me well!" I would also like to go with these words of Karel Capek: "To understand is my one mania; to express is another. Not to express myself, but to express things." (Einar Lunga)

Vrangforestillinger eller om fornuftens skjøre tilstand

“Fornuften er en av de tingene - som vår sunne forstand - som alle antaes å kjenne betydningen til. Allerede som barn blir vi fortalt at vi må være fornuftige, noe som i hovedsak betyr å gjøre det andre ønsker at vi skal gjøre. Man tenker at vi alle har en klar idé om hva fornuft er. Men det er det ingen som har. Jo nærmere du ser på det jo vagere blir det. Og jo nøyere du kikker på folk som hevder å være mest rasjonelle, jo mer irrasjonelle viser de seg å være. . .” (Peter Kingsley)

«Det er ikke slik at religion i seg selv er vrangforestillingspreget, eller at individet gjenoppdager sine mest suspekke psykologiske opprinnelser hinsides nåtidens religion. Men religiøs vrangforestilling er resultat av sekularisering av kulturen: religion kan bli gjenstand for delusjonale oppfatninger i den grad en gruppes kultur ikke lenger tillater assimilering av religiøse eller mystiske oppfatninger innenfor den aktuelle erfaringsammenhengen.» (Michel Foucault, Mental sykdom og psykologi, 1962)

“.....det er, og vil alltid være, et mysterium når det gjelder psykiske helseproblemer som gjør dem forskjellig fra enhver sykdom i kroppen. Hver mentalt syk pasient er en individuell gåte, og vi bør alltid tenke på han eller henne som sådan. Det er noe mer urovekkende og gåtefullt i oppløsningen av personligheten enn i noen kroppslige sykdommer.” (Ludwig Wittgenstein)

“Når pasientene tror på sine vrangforestillinger med full overbevisning, da har de krysset det som omtales som terskelen til psykose - en prosess som ofte blir kalt for ‘omvendelse’.” (Rachel Aviv, 2010)

Om et merkelig landskap: Vanlige og uvanlige oppfatninger, ekstreme og irrasjonelle ideer, vrangforestillinger og psykotiske fenomener

Vrangforestillinger er 'in'. De er spennede fordi de er nesten ubehagelig 'normale'; vi ser fort at tanker og ideer som vi underholder oss med noen ganger ligger nært opp til det som kalles vrangforestillinger. Hvor ofte merker vi ikke at våre tanker er umiskjennelig farget eller til og med forvrengt av bekymringer eller lidenskaper, tiltrekning og frastøting, sympatier og antipatier, mistenksomhet, sjalusi, usikkerhet, kroppslig smerte og plager, av at vi beruses av egen medgang eller motgang. Kom ikke med snakk om at tanker og ideer er rasjonelle størrelser når de like mye er gjennomtrengte av og innvevde i intense følelser, lidenskaper, fantasier og dagdrømmer.

Vrangforestillinger kan 'smitte' mellom personer, de okkuperer ikke bare det individuelle hodet, de minner i noen tilfeller om en slags kognitivt ugress, uregjerlige plantetanker som dersom betingelsene ligger til rette for det sprer seg og utkonkurrerer andre planter i større miljøer. Vi lever i internett- og publikasjonsalderen; det er såre enkelt for hvem som helst å utbre sine gode eller dårligere ideer - noe som gjør at vi gjenoppdager den sentrale plassen som vrangforestillinger og feilaktig ideer kan ha i vårt mentale liv. Egentlig har vi visst det hele



tiden, at livsløgnen, fiksjoner, illusjoner og andre idemessige villfarelser er uungåelige i menneskers ideverden. Og at de er lettere å holde på dersom de støttes eller deles av andre. Folk fastholder oftere enn vi liker å tro det rare og dårlig underbygde ideer om ting, de går ikke rundt som rasjonelle og logiske maskiner utelukkende med fornuftige og vel understøttede tanker i hodene sine. Tankenes orden og den orden som hersker i virkeligheten henger av gode grunner ofte dårlig sammen. Å være et fornuftig menneske, dvs. å holde seg med stort sett logiske og erfaringsmessig vel underbygde ideer er ikke en gitt tilstand, men en pågående prosess for å oppdage og eliminere sine egne villfarelser og feiloppfatninger. Man kan med god grunn hevde at problemet med vrangforestillinger ikke handler om tanker og ideer som mer gale i seg selv, men om skjevheter og mangler i prosessen med fortløpende korreksjon og eliminering av feilaktige og ubegrunnede ideer og tanker. Den norske filosofen Arne Næss skriver i en bok at **'det gjør vondt å tenke'**, ingen kommer utenom at man må arbeide tankemessig for å lage og bevare en orden i tankene sine som gjør at de er best mulig samstemte med virkeligheten og rådende konsensus.



Man må for all del ikke la seg forlede av språkbruken og tro at vrangforestillinger er et fagpsykiatrisk fenomen som det er psykiaternes oppgave å forstå eller gjøre noe med. De fleste av våre vrangforestillinger er på den ene siden antagelig stort sett ganske uskyldige benigne eller normale forstyrrelser og gjør liten eller ingen skade. Psykiatrien kan foreta seg lite eller ingenting med både slike godartede og mer maligne vrangforestillinger. Men det bor noe 'vrang't og vrient i våre vrangforestillinger, de representerer en potensiell risiko for forviklinger i forhold til andre og våre omgivelser og de kan på det verste være virke motiverende for og fungere som kilde til farlige og skadelige handlinger.

Spørsmål forbundet med mer ondartede vrangforestillinger og vrangforestillingslidelser har fått ny samfunnsmessig aktualitet etter den norske terrorhandlingen 22.7.2011. I kjølvannet av en samfunnstragedie uten sidestykke i fredstid kommer problematikk forbundet med vrangforestillinger på

agendaen både hos forskerne og fagfolkene innenfor mentalhelsefeltet. Det går opp for oss at menneskers tilbøyelighet til å danne og handle ut fra merkelige idekomplekser og vrangforestillinger får ny aktualitet i sammenheng med moderne menneskers avhengighet av internettkommunikasjon ogfølgene dette kan ha for våre måten vi danner våre ideer om virkeligheten.

Samtidig blir det klart for oss at ideer og forestillinger aldri bare er noe som berører psykiatrien, men like mye er forbundet med samfunnets og politikens tilstand. Uenighetene og spriket i vurderinger mellom psykologiske og psykiatriske eksperter, eksperter på ekstreme politiske ideologier og terror og andre kommentator om den brutale gjerningsmannen og hans forestillingsverden har uroet et helt samfunn. Etter omfattende utredning og diskusjon i offentligheten er det fortsatt liten enighet om Breivik er psykotisk og styrt av sykelige paranoide og psykotiske vrangforestillinger, om han har en skjev eller forstyrret personlighetsfungering med aksentuerte eller unormale paranoide, narsissistiske og dys sosiale trekk, andre spesielle psykiske lidelser og dysmorfofobi eller Tourette syndrom, eller bare er en forholdsvis normalfungerende Osломann som på en katastrofalt morderisk måte har promotert en ny strømning av høyreekstreme ideer.



Uenigheten mellom fagfolk har med all tydelighet demonstrert at personers ideunivers og forestillingsliv og eventuelle vrangforestillinger er et komplisert område; her finnes det finnes mange fallgruber og mye er usikkert. De fleste er enige om at vrangforestillinger er så utbredte og så mye en del av forholdsvis 'normale' tankeverdener at de er ikke alene et område for psykiaterne og patologiserende forklaringer. Både sosiologi og erkjennelsesteori har viktige oppgaver på vrangforestillingsfeltet. For å beholde et støtt feste må man åpenbart bevege seg i dette innfløkte terrenget med stor varsomhet.



Det synes klart at man ved forståelse av all menneskelig forestillingsaktivitet, enten den er ekstrem eller ikke og uavhengig av er dens innhold, så kan man ikke løsrive individets og dets forestillingsliv fra den samfunnsmessige og idemessige sammenhengen det befinner seg innenfor.

'Fornuftens søvn'

Som levende individer forholder vi oss til verden omkring oss gjennom et eget og tildels irrasjonelt forestillingsunivers, vår forestillingsverden eller deler av den kan være mer eller mindre forenlig med og assimilerbar i det sosiale miljøet vi er en del av. Filosofen

Nietzsche advarer oss mot vår egen forestillingsevne; han hevder at det er gjennom å være på vakt og beherske og kontrollere fantasi- og forstillingsaktiviteten at mennesker kan innrette et ordnet liv:

"It is only by forgetting this primitive world of metaphor that human beings can live with any repose or security: only by means of the petrification and coagulation of a mass of images which original streamed from the primal faculty of human imagination like a fiery liquid, only in the invincible faith that this sun, this window, this table is a truth in itself, in short, only by forgetting that he himself is an artistically creating subject, does man live with any repose, security, consistency."

Den store spanske maleren **Francisco de Goya** (1746-1828) skapte mot slutten av 1700-tallet en berømt bildeserie med tittelen 'Los Caprichos.'

Det kanskje best kjente av disse bildene er antagelig '**El sueño de la razon produce monstruos**'; som oversatt til norsk lyder noe sånt som '**Fornuftens søvn frembringer monstre**'.

Det finnes ulike tolkninger av Goyas bilde. Den vanlige oppfatningen er at det demonstrerer at en sosialt forankret fornuft må styre fantasiens irrasjonelle krefter; vi må vise vaksomhet ellers kan "mørkets krefter" bli sluppet løs på menneskeheten.



Den britiske filosofen **Robin Blackburn** reflekterer på følgende vis omkring Goyas bilde:

"Goya mente at mange av menneskehetens dumheter er en følge av "fornuftens søvn". Det finnes alltid folk som forteller oss hva vi ønsker, hvordan de vil gi oss det, og hva vi skal tro. Overbevisninger er smittsomme, og folk kan få andre overbevist om nesten hva som helst. Vi er typisk innstilte på å tro at våre veier, vår tro, vår religion, vår politikk er bedre enn andres, eller at våre Gud-gitte rettigheter går foran andres eller at våre interesser krever defensive angrep eller at vi kommer dem i forkjøpet med angrep rettet mot dem. I bunn og grunn er det for ideer at folk dreper hverandre. Det er på grunn av ideer om hvordan andre er eller hva vi selv er, eller hva våre interesser eller rettigheter krever av oss at vi går til krig, eller undertrykke andre med god samvittighet, eller til og med noen ganger samtykker i vår egen undertrykkelse av andre."

Menneskenes mangfoldige ideer og hjernespin og deres sosiale og ansvarlige handlinger er heldigvis som regel to vel adskilte verdener; dette fordi vi stort sett er og forsøker å være fornuftige og realistiske vesener. Selv om forestillingskraften og fantasien er vesentlige for dybden og bredden i den menneskelige tenkeevne, så setter vi ut i livet kun ideer som vi mener er godt utprøvde og bekreftede, balanserte og gjennomtenkte og som vi tror ikke representerer noen større fare for oss selv eller andre. Dette er nettopp en av de viktigste sidene ved å være og handle fornuftig. Det kan også se ut som om evnen til å være fornuftig eller rasjonell ikke utelukkende kan forstås som noe et individ er utrustet med; som en evne vi besitter på egen hånd.

Den russiske psykologen [Lev Vygotsky](#) hevdet at det å være fornuftig mest av alt er en 'transaksjonell' og sosial evne. Det er en evne vi tilegner oss gjennom og på et vis deler med andre fornuftige sosiale aktører, evnen til å fungere på grunnlag av fornuft synes å være forankret i og bli støttet av bestemte sosiale betingelser; **Vygotsky mente altså at rasjonalitet er samfunnsmessig organisert.**

På samme tid er det viktig å erkjenne at mennesker gjerne er langt sterkere preget og ledet av sin egen indre fantasiprosess og fantasigenererte verden enn vi vanligvis liker å innrømme. Mye av vår mer personlige private virkelighet og oppfatninger er nok ganske sterkt påvirket av den sentrale rollen som fantasi og innbildninger har i alt mentalt liv. Som Goyas bilde forsøker å vise kan dette være en risiko på mer enn en måte. Når fantasiverdenen f.eks. bygges ut til en ubalansert politisk ideologi med ekstreme synspunkter på virkeligheten og andre mennesker, og samtidig inneholder sterke oppfordringer til handling, da er det fare på ferde. I våre dager med internett og sosiale medier er denne problemstillingen kanskje blitt en enda viktigere utfordring for samfunnet.

Hva mener vi med 'vrangforestillinger'?

Formulert på den enklest mulig måten er vrangforestillinger feilaktige og uvanlige oppfatninger som personer fastholder uten at de kan avkrefte eller bekrefte av erfaring og fakta eller at de har støtte i det miljøet personen oppholder seg i. De hevdes gjerne med sterk overbevisning og det kan være vanskelig å få personen til å skifte mening om oppfatningene sine.



Etter noens oppfatning synes slike psykiatrisk definerte vrangforestillinger å utgjøre en avgjørende del av bakgrunnen for at gjerningsmannen [Anders Behring Breivik](#) kunne utføre terrorhandlingene 22.7. Diskusjonen har gått om Breivik derfor er psykotisk eller ikke; men **det sentrale spørsmålet er om de ideene som ligger til grunn for og motiverer hans terrorhandlinger er uttrykk for sykelige vrangforestillinger eller politisk ideologi og strategisk tankegang.** Spørsmålet er altså om hvordan vi kan skjelle mellom vrangforestillinger i psykiatrisk forstand og andre uvanlige eller ytterliggående forestillinger som bare er en del av uvanlige, merkelige eller ekstreme miljøer og de ideologiene de preges av. Vi kjenner etterhvert godt store deler den tildels merkelige idemessige og høyreekstreme politisk-ideologiske forestillingsbakgrunnen for masse-morderens grufulle handlinger fra media. De fleste vanlige norske borgere betrakter ideene hans som både underlige og ekstreme og ute av takt med vanlige og godtatte oppfatninger. Men det finnes også et mindretall som deler noen eller mange av

Breviks forestillinger uten at de samtidig er voldelige eller ekstremister. Samtidig spør vi oss om det rett og slett bare er snakk om en gal manns ideer; om ideene og forestillingene hans og det at de er så sterkt handlingsmotiverende i seg selv er så avvikende og bisarre at det å fastholde og agere på dem dem vitner om at han er en mental forstyrret person.

De første reaksjonene på de uhyrlige handlingene var naturlig nok at dette måtte være en gal manns verk, bare sinnsforvirrete syke personer kan greie å gjøre så groteske brutale ting. Selve handlingenes uhyrlighet og unormalitet gjorde at Breivik i manges øyne måtte være syk, gal, sinnsforvirret. Psykiaterne fikk stå for den nærmere forklaring av hvordan eller på hvilken måte Breivik var gal. Denne første reaksjonen var forståelig - til og med de to første psykiatriske sakkyndige synes å ha blitt revet med og preget av stemningskonteksten i månedene etter 22.7 og latt sin faglige vurdering av massemorderen bli sterkt preget av denne konteksten.



Vi kjenner etterhvert til at det finnes mange andre der ute – endog politiske grupperinger, som står for lignende oppfatninger og ideer som Breivik. Breivik hentet faktisk mange av de sentrale ideene sine fra forfattere og kilder som i norske faglige miljøer tildels betraktes som spennende, fornuftige og troverdige. Vurdert opp mot de grusomme terrorhandlingene er det å forvente at gjerningsmannens ekstreme ide-univers sees i sammenheng med en mulig psykiatrisk forstyrrelse. Spørsmålet vi må stille oss er om dette er riktig? De oppnevnte psykiatriske sakkyndige er etter å ha hatt 13 møter med Breivik og gjennomgått politiets materiale fra avhør og undersøkelser ikke i tvil; de konkluderer med at massemorderen ABB lider av **paranoid** schizofreni; han er og har vært psykotisk i en årrekke.

Det hevdes i den første 243 siders rettspsykiatriske sakkyndighetsrapporten at ABB har følgende tre hovedtyper av vrangforestillinger:

- **Selvhøvedende vrangforestillinger;** ABB mener han har blitt lagt merke til utover det vanlige.
- **Forfølgelsesvrangforestillinger;** at han står overfor snarlig utryddelse.
- **Grandiose vrangforestillinger;** at han kan bli innsatt som ny regent og kan styre hvem skal leve og dø i Norge.



En rekke fagfolk har gått ut i media for å gi kritiske eller støttende kommentarer og synspunkter på de 4 sakkyndiges sprikende syn på masse-morderens mentale status og ikke minst på spørsmålet om han 'lider av' vrangforestillinger. Man har særlig uttrykt skepsis når det gjelder vurderingen av at Breivik har psykotiske vrangforestillinger som man hevder de sakkyndige har misforstått da de egentlig bare er 'høyreekstreme normalforestillinger'.

Det er også min oppfatning – noe jeg vil argumentere detaljert for med denne artikkelen – at de sakkyndige har begått en rekke avgjørende faglige feil når det gjelder vurderingen av Breiviks forestillinger og mulige vrangforestillinger. De hevder at Breivik lider av paranoid schizofreni med psykotiske vrangforestillinger ut å drøfte grundig det som tyder på at det heller handler om ordinære vrangforestillingspregete ideer og vrangforestillinger av varierende grad som opptrer i mange andre ikkepsykotiske psykiske lidelser (BDD, OCD, ideologisk forankrede vrangforestillinger). Det er fullt mulig å fastholde vrangforestillingspregete ideer uten at man er psykotisk.

Cristopher Columbus kan sies å ha hatt ideologiske vrangforestillinger eller 'overvalued ideas' mot slutten av sitt liv da han mot erfaring og evidens fastholdt at og opptrådte ut fra at han hadde oppdaget India og ikke som stadig flere av hans samtidige askjønne, et nytt kontinent; Amerika. Ingen vil vel påstå at Columbus var utilregnelig eller psykotisk, selv om han hardnakket fastholdt sine feilaktige og dårlig underbygde ideer. Jeg skal forklare nærmere om dette avgjørende skillet mellom disse to vrangforestillingstypene i det følgende.

Hvordan kan man forstå vrangforestillinger?

Vrangforestillinger er forbausende nok lite sentrale og noen ganger feilaktig forstått blant fagfolk i dagens psykiatri. Det er overraskende; blant lekfolk er det gjerne 'sprøe ideer' som forbindes med folk som er gale. Når man diskuterer vrangforestillinger kommer det raskt fram at man har vanskelig for å betrakte dem som både et spesifikt mentalt og nevropsykologisk fenomengruppe og en spesifikk symptomgruppe og lidelse men gjerne blander dem sammen med og forveksler dem med andre psykotiske tilstander og da særlig med det som kalles paranoid schizofreni. I virkeligheten er (paranoid) vrangforestillingsforestyrrelse og paranoid schizofreni ulike tilstander. Innsikten i kontinuiteten mellom vrangforestillinger som psykotisk fenomen og mer normale forestillingsprosesser og forestillingsfenomener som innbildninger, fiksjoner, fikserte ideer og ideologisk forankrede idemønstre er som regel ganske fraværende blant psykiatriens fagfolk. Det er også sjeldent at man møter fagfolk som har noen dypere forståelse av hvorledes man best kan håndtere og forholde og seg til vrangforestillinger på positive og effektive måter i omgangen med pasienten, og enda færre har begreper om hva som kan fungere som god behandling når folk blir plaget og begrenset av slike problemer. Grunnen til den relative neglisjeringen av vrangforestillinger er selvsagt at andre typer av psykiatriske lidelser har inntatt hovedscenen; vrangforestillinger har både når det gjelder empirisk forskning og teoretiske modeller blitt liggende i skyggen av hallusinasjoner, stemmehøring, tankeforstyrrelser og schizofreni-lidelser.

Den enkleste definisjonen av vrangforestilling er at det er en oppfatning som påvisbart er feilaktig og som ikke stemmer med fakta eller virkeligheten, som ikke er vanlig i det sosiale miljøet en person hører til i og

som fastholdes med overbevisning. En vrangforestilling kan altså defineres som en ubekreftede tro eller ide som personen fastholder med voldsomt engasjement og overbevisning. Personer som har slike ideer kan tro at de er en slags budbringere, at de blir forfulgt, at de har fiender, blir lurt eller at de har pådratt seg en uhelbredelig sykdom.

Fra Wikipedia:

*“Vrangforestillinger eller **virkelighetsbrist** er oppfatninger som ikke samsvarer med **virkeligheten**, er åpenbart urimelige, og som normalt ikke deles av andre. For at en feilaktig oppfatning skal bedømmes som en vrangforestilling, må den representere en nokså fast overbevisning som ikke lar seg korrigere med letthet. (-) De kan variere i alvorlighetsgrad og omfang, fra enkeltstående forestillinger med minimal innvirkning på innehaverens liv til altomfattende og innfløkte systemer av vrangforestillinger som er uforenlig med normal livsførsel og sosial fungering. Innholdet i vrangforestillingene varierer.”*

Bisarre vrangforestillinger: Selv om vrangforestillinger er feilaktige ideer som ikke stemmer, så er de som regel såpass logiske og fornuftige eller virkelighetsnære at de kunne være sanne i en annen sammenheng. Når forestillingene blir markert ulogiske, usannsynlige, urealistiske og virkelighetsfjerne da snakker man om 'bisarre' vrangforestillinger.

Stemmingskongruente vrangforestillinger: Vrangforestillinger kan opptre i affektive tilstander og man snakker da gjerne om at de innholdsmessig samsvarer med den stemningen personen befinner seg i; sterkt deprimerte personer har vrangforestillinger knyttet til skyld og død mens manisk oppstemte personer har vrangforestillinger knyttet til suksess og fremgang.

De vanligste innholdene i vrangforestillinger er følgende:

Vrangforestillinger om kontroll: Dette er en falsk tro at en annen person, gruppe mennesker eller ytre kraft kontroller ens generelle tanker, følelser, impulser, eller atferd.

Nihilistisk vrangforestilling: Dette er en falsk tro på at man ikke eksisterer eller er avdød.

Vrangforestillingsjalousi (eller innbildninger om utroskap): En person med denne vrangforestillingen tror feilaktig at en person lyver til dem eller at en ektefelle eller kjæreste har en affære, med ingen bevis for å understøtte sine mistanker.

Vrangforestillinger om skyld og synd (eller selvanklagende vrangforestillinger): Dette er en falsk følelse av anger eller skyld med delusional intensitet og opptrer gjerne i psykotiske depresjonstilstander.

Vrangforestillinger om at noen kan lese eller se ens indre: Den falske troen på at andre mennesker kan kjenne ens tanker.

Vrangforestillinger omkring referanse til ens person eller selvreferanse: Personen tror feilaktig at ubetydelige bemerkninger, hendelser eller objekter i ens miljø har personlig mening eller betydning.

Erotomania: En illusjon der noen mener at en annen person er forelsket i dem.

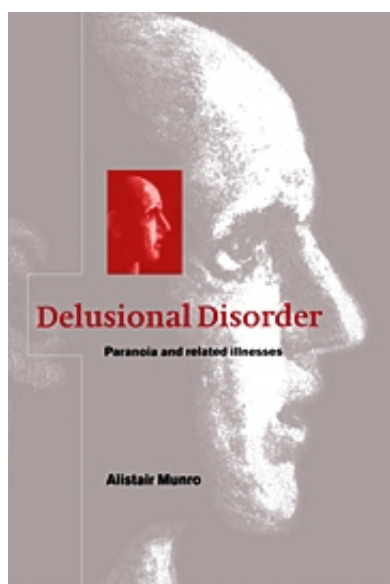
Religiøse vrangforestillinger: Enhver illusjon med et religiøst eller åndelig innhold. Disse kan kombineres med andre vrangforestillinger, som grandiose vrangforestillinger (troen på at den berørte personen er en gud, eller valgt å opptre som en gud)

Somatiske og hypokondriske vrangforestillinger: En vrangforestilling som har innhold som omhandler kroppslige fungering, kroppslige sensasjoner, eller fysiske utseende. Det vanlige er en falsk ide om eller tro på at kroppen er en eller annen måte syk, unormal, eller endres, for eksempel befengt med parasitter. BDD eller 'Kroppsdysmorfisk forstyrrelse' er en unormal opptatthet av en feil i eget utseende; i omkring halvparten av tilfellene er opptattheten av mange i utseende vrangforestillingspreget.

Vrangforestillinger om parasitosis (DOP) eller å være infisert av parasitter: En vrangforestilling der man føler befengt med et insekt, bakterier, midd, edderkopper, lus, lopper, ormer eller andre organismer. Berørte personer kan også rapportere gjentatte bitt. I noen tilfeller er entomologs bedt om å etterforske tilfeller av mystiske bitt. Noen ganger fysiske manifestasjoner kan forekomme, inkludert hudlesjoner.

Vrangforestillinger om fattigdom: Personen mener intenst at han eller hun er i et økonomisk uføre. Selv om denne typen selvbedrag er mindre vanlig nå, var det særlig utbredt før staten innførte velferdsordninger

Vrangforestillinger som psykiatrisk fenomen



Vrangforestillings- eller delusjonal lidelse (DD) kan beskrives som en psykiatrisk tilstand der en vrangforestilling er det primære symptom, og der pasienten ellers og bortsett fra vrangforestillingen er og oppfører seg som 'normal'. Innholdet i pasientenes vrangforestillinger kan være svært variabelt, selv om noen typiske temaer går igjen hos de fleste. Ren delusjonal lidelse var lenge en uvanlig diagnose i psykiatrisk praksis. Vrangforestillinger oppstår som oftest bare som ett element i mer komplekse kliniske syndromer. Med andre ord, de fleste vrangforestillinger observeres sammen med andre psykiatriske plager som spiseforstyrrelser, OCD og BDD eller psykotiske symptomer som hallusinasjoner eller usammenhengende tale ('tankeforstyrrelser') som en del av de klassiske syndromer som schizofreni, mani, psykotisk depresjon, og organiske tilstander som tyder på generalisert hjernedysfungering ved demenstilstander eller delirium.

Vrangforestillingene i disse tilstandene betegnes ofte som 'feilidentifiseringssyndromer' (Capgras syndrom).

Vrangforestillinger i mentale lidelser:

Mental lidelse	Utdypende kommentar
Vrangforestillingsforstyrrelse/Delusjonal forstyrrelse	Rene vrangforestillinger uten andre fremtredende symptomer. Omfatter vanligvis en eller annen slags forfølgelseside.

Schizofreni

Vrangforestillinger kan anta mange former, forfølgelsesforestillinger eller bisarre forestillinger og ledsages av andre symptomer som hallusinasjon er og problemer med logisk tenkning eller selvneglisering.

Bipolar Forstyrrelse/manisk forstyrrelse

Vrangforestillinger forbundet med ubegrunnet selvtillitt, oppstemthet og overaktivitet, og forsert taletempo. Ofte grandiose planer om å bli rik eller etablere verdensfred.

Alvorlig depressiv forstyrrelse

Uvanlig. Vrangforestillinger konsistent med senket stemning. Innholdet kan gå på terminal sykdom, tap av verdier eller ubegrunnet skyld.

Stoffmisbruk

Særlig ved misbruk av amfetaminer; forfølgelsesforestillinger.

Organiske mentale forstyrrelser

Sjeldent, og med variabel presentasjon.

Anorexia nervosa Kroppsdysmorfisk forstyrrelse

AN pasienter kan ha frykt for vektøkning (10%) Omkring 50% har vrangforestillingspregete ideer om at noe er galt eller mangelfullt med utseende eller egen kropp.

I den rene vrangforestillingslidelsen forekommer feilaktige forestillinger i stor grad isolert fra andre plager eller forstyrrelser, som "innkapslete" vrangforestillinger. Slike individer har ikke andre primære psykiske symptomer som hallusinasjoner, usammenhengende tale eller kvalitativt unormale humørtilstander (selv om vrangforestillinger kan føre til andre symptomer, for eksempel kan tro på at man forfølges eller motarbeides føre til andre følelsesmessige endringer, som frykt eller sinne spesielt i forhold til de forestilte forfølgere). Det virker derfor sannsynlig at flertallet av mennesker som kunne bli diagnostisert med paranoid vrangforestillingslidelse aldri blir sett av psykiatere.

Vrangforestillinger: Forekomst og utbredelse

Vrangforestillingsfenomener er ikke egentlig sjeldne i befolkningen. Mange tilfeller av mindre alvorlighetsgrad går uoppdaget omkring i lokalsamfunnet. Diagnostiserte vrangforestillings lidelse er et forholdsvis sjeldent psykiatrisk tilstandsbilde.

Den familiære risikoen for fremkomst av vrangforestillinger er ukjent, men den totale insidensen er ca. 1 til 3 tilfeller per 100.000 innbyggere (anslagsvis 0,3% av befolkningen synes å ha vrangforestillingslidelse). Den totale prevalensraten er høyere, rundt 3 per 10 000, og faktisk er den sannsynligvis enda høyere nettopp fordi mange tilfeller av denne typen av forstyrrelser forblir udiagnostisert.

Kvinner og menn synes å være like berørt av vrangforestillinger.

Aldersspennet er veldig bred (fra 20 til 90-åren med gjennomsnitt på ca 40 års alder). Mange pasienter er single (ugift, skilt eller separert), og mange av dem som er gift gjorde det før de utviklet lidelsen.

Vrangforestillinger har lenge blitt betraktet som et kjennetegn ved psykotiske lidelser som schizofreni. Imidlertid kan det være slik at vrangforestillinger bare er mest synlig til stede i psykotiske tilstander, men at **de også kan også forekomme i ikke-kliniske grupper.**

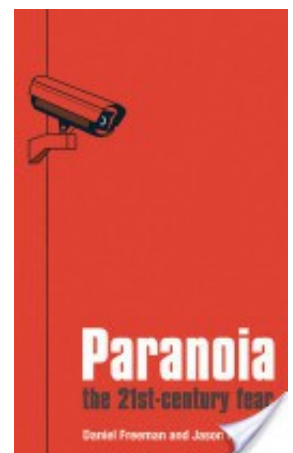
Daniel Freeman har gjennom sine undersøkelser fastslått at vrangforestillinger, som tradisjonelt betraktes som knyttet til alvorlige psykiatriske tilstander, også er tilstede hos personer uten psykiatrisk eller neurologisk sykdom. Klare funn viser at hyppigheten av vrangforestillinger i befolkningen generelt er høyere enn forekomst av psykotiske lidelser, og særlig at **vrangforestillinger forekommer hos individer uten psykose.** Hyppigheten av vrangforestillingspregete oppfatninger og delusional tro på i ikke-kliniske populasjoner varierer etter innholdet i de feiloppfatningene man har studert og egenskapene til befolkningensutvalget.

Omtrent **1% til 3%** av den ikkekliniske befolkningen har vrangforestillinger på et nivå av alvorlighetsgrad som kan sammenlignes med kliniske tilfeller av psykose.

Ytterligere **5 til 6%** av ikke-kliniske befolkningen har vrangforestillinger av mildere grad. Selv om de er mindre alvorlige, er disse feiloppfatningene forbundet med en rekke sosiale og emosjonelle følgevansker.

Ytterligere **10 til 15%** av den normale ikkekliniske befolkningen har ganske regelmessig vrangforestillingspreget tankegang. Det finnes overbevisende dokumentasjon på at vrangforestillingspreget tankegang, vrangforestillinger, og klinisk alvorlige vrangforestillinger er relaterte opplevelser. Man kan derfor skaffe frem kunnskap og informasjon om kliniske vrangforestillinger ved å studere vrangforestillinger i ikkekliniske populasjoner.

I boken **'Paranoia. Det 21. århundres frykt.'** (2008) viser forfatterne Freeman og Freeman til en rekke undersøkelser fra ulike land som viser hvor utbredt paranoide tanker er i normalbefolkningen uten diagnostiserte psykiske lidelser. Her er noen av de funn som er gjort:



• Paranoide tanker i normalbefolkningen: hvor utbredt er de?

- Paranoide tanker er svært utbredte: mellom 15 og 20 % av befolkningen har hyppige paranoide tanker
- 1000 personer over 55 i NY: 13 % hadde opplevd paranoide tanker den siste uken
- 8580 personer i UK: 21 % har siste året følt at folk er imot dem, 9% sier at deres tanker kontrolleres eller forstyrres av ytre krefter eller personer, 1,5% sier at folk lager komplott mot dem for å påføre dem alvorlig skade
- 1005 personer i NY: 10,6 tror at folk spionerer på dem eller følger etter dem. 6,9 % at folk konspirerer mot dem eller forsøker å forgifte dem.4,4 % tror at noen i hemmelighet tester dem eller eksperimenterer med dem.
- En fransk undersøkelse av 452 voksne: 25 % hadde på et tidspunkt i livet følt seg forfulgt. 10,4% hadde følt at det fantes en konspirasjon mot dem.
- 1202 britiske studenter 16-62 år: 42% sier at de minst en gang i uken har følt at negative kommentarer sirkulerer om dem. 27% føler at folk med overlegg forsøker å irritere dem. 19% har opplevd seg forfulgt eller observert. 5% har opplevd at det fantes en konspirasjon mot dem.

Vrangforestillinger og funksjonsevne

Ved vrangforestillingslidelse kan en person ha avgrensede symptomer som består av ikke-bisarre vrangforestillinger, samtidig som han eller hun ikke plages med fremtredende hallusinasjoner, personen har heller ikke andre tankeforstyrrelser, affektiv forstyrrelser eller uttalt avflatning av affekt.

Vrangforestillinger kan virke ganske troverdige når de betraktes uavhengig av livssammenhengen, pasientene fremstår likeens gjerne som normale så lenge ikke en utenforstående kommer inn på temaet i vrangforestillingene deres.

En person som har vrangforestillingsplager kan være høytfungerende i sitt dagligliv og viser gjerne ikke noen merkelig eller bisarr atferd bortsett fra vrangforestillingene. Ved forsøk på å motsi pasienten fremkalles ofte en uhensiktsmessig sterk følelsesmessig reaksjon, gjerne med irritabilitet og fiendtlighet. Personen har en følelsesmessig overinvestering i ideene sine, og dette skaper lett komplikasjoner i andre sider ved psyken deres eller i deres personlige og sosiale fungering.

Vrangforestillinger: klassifisering og subtyper

I det amerikanske diagnosesystemet DSM IV defineres vrangforestillingslidelse slik:

1. Ikke-bisarre vrangforestillinger av minst en måneds varighet.
2. Auditive eller visuelle hallusinasjoner, hvis de finnes, er ikke fremtredende;
3. Atferd er ikke åpenbart påfallende eller bisarr, og personen fungerer er ikke markert svekket;
4. Hvis stemningepisoder har inntruffet samtidig, er deres totale varighet kort i forhold til varigheten til den delusionale perioden .
5. Forstyrrelser skyldes ikke direkte fysiologiske effekter av et stoff (særlig alkohol og kokain) eller en generell medisinsk tilstand (inkludert hjerneorganiske lidelser f.eks demens, multippel sklerose).

I DSM skjelner man mellom følgende subtyper av vrangforestillingslidelse:

- Erotomaniske vrangforestillinger:

Kjerneinnholdet er en overbevisning om at man blir elsket eller begjært. Ofte av personer med høy status. Et annet navn for denne type vrangforestillinger lidelse er de Clerambault syndrom, som er en vrangforestilling at en annen person er forelsket i den enkelte. denne lidelsen forekommer oftere hos kvinner ('Old Maid Insanity'), men kan forekomme også hos menn

- Grandiose vrangforestillinger: En overbevisning om at man er spesiell, eller står i et spesielt forhold til universet, maktpersoner eller Gud.
- Vrangforestillinger med sjalusitematikk: Man mener ens ektefelle eller kjæreste har et seksuelt forhold til noen andre.
- Persekutoriske vrangforestillinger. Man føler seg forfulgt av noen ukjente eller navngitte personer eller organisasjoner. Fagfolk peker på at det er viktig å forstå og behandle 'persekutorisk tenkning' som spesifikt symptom i seg selv, og ikke bare som del av en større diagnose som f.eks. schizofreni (Freeman et.als. 2008: I boken 'Persecutory delusions).

Noen vanlige trekk ved paranoid prosederende vrangforestillinger der pasientene fører saker:

1. En beslutning om å lykkes mot alle odds.
2. En klar tendens til å identifisere barrierer som konspirasjoner.
3. En uendelig korstogsånd for å rette opp en feil som erbegått (noen ganger er den opprinnelige feilen faktisk ekte .
4. Et oppdrevet preg , oppnår 'pinefull' glede å forfølge årsaken.
5. Usosial og kranglevoren Seks. The 'scatter-gun " tilnærming hvor omgivelsene mettes

med flere klager på en gang.

7. Mistenksomhet i intervjuer.

- Somatiske vrangforestillinger. Man er overbevist om at man er stygg eller har mangler i sitt useende eller har eksempelvis parasitter under huden.

Ekbom syndrom (presenil infestasjonvrangforestilling)

- Blandet subtype. Flere av de ovenstående, hvor ingen er mer dominerende.
- Uspesifisert subtype.

Feilidentifiseringssyndromer

Feilidentifiserings syndromer er en undergruppe av vrangforestillingstilstander som ofte blir feildiagnostisert som schizofreni. Man må utelukke organiske årsaker. Det finns også her forskjellige former:

a. Illusjon om at det finnes en dobbeltgjenger (Capgras syndrome):

Pasienten er overbevist om at et person nært knyttet til ham (vanligvis ektefelle eller en annen slektning) har blitt erstattet av en dobbeltgjenger.

b. Fregoli syndrome: Dette er svært uvanlig men består i at pasienten

identifiserer en kjent person (vanligvis forfølgeren i

hans vrangforestillinger) i ulike andre mennesker, til tross for det det ikke finnes noen likhet mellom den kjente personen og andre.

c. Intermetamorfose: Pasienten mener at mennesker rundt ham eller henne har ombyttet identiteter med hverandre.

d. Subjektiv dobbeltgjenger: Pasienten mener at det finnes en nøyaktig dobbeltgjenger av ham / henne selv.

Litt om vrangforestillinger i den klassiske psykiatrien

Det har ikke alltid vært slik; for hundre år siden ble vrangforestillinger oppfattet som en egen gruppe av psykiatiske plager den gang under betegnelsen 'paranoid forstyrrelse' og 'parafreni'. Også i våre dager mener ledende forskere på vrangforestillingsforestyrrelser av det finnes ulike typer av slike, utover det kjente med at innholdet i vrangforestillingene er ulikt.

Karl Jaspers om vrangforestillinger

Psykotiske fenomener som vrangforestillinger, hallusinasjoner og paranoia behandles i teoretisk forstand

for det meste på stemoderlige måter i psykiatrien. De betraktes gjerne som 'meningsløse' sett fra en normal psykologisk synsvinkel, det har lite eller ingenting for seg å nærme seg dem terapeutisk ved å se dem i lys av pasientens livssituasjon og personlige opplevelse. Som nevrobiologiske fenomener behandles de mest effektivt ved hjelp av medikamentelle intervensjoner. Psykotiske fenomener sees på som diskontinuerlige med normal psykologisk og personlig erfaring, i forhold til individets livs- og erfaringsammenheng er vrangforestillinger, hallusinerte stemmer og paranoide tolkninger og holdninger 'tomme'. De er ikke 'om' noe i personens verden, men fremkommer som resultat av feilfungering i hans eller hennes hjernesystemer.

Betegnelsen 'psykose' eller 'psykotisk' innebærer en unormal mental tilstand som omfatter "tap av kontakt med virkeligheten". Folk som er psykotiske opplever en alvorlig forstyrret mental fungering og kan rapportere om hallusinasjoner eller delusionale ideer, de kan samtidig vise personlighetsendringer, perseptuelle abnormiteter og tankeforstyrrelser. Avhengig av alvorlighetsgrad, kan den psykotiske sinnstilstanden ledsages av uvanlige eller bisarre atferder såvel som problemer med å kunne ta del i sosial samhandling og mangelfull evne til utføring og gjennomføring av dagliglivets aktiviteter.

Den fremherskende nevrobiologiske modellen av psykotiske fenomener har gjennom årene blitt utfordret og kritisert av andre måter av forstå dem på. Jeg skal i denne artikkelen presentere flere andre perspektiver på det som i psykiatrien betegnes som 'vrangforestillinger'.

Vrangforestillinger som følge av 'Skadelig dysfunksjon'/'Harmful dysfunction' (HD) i en persons forestillingssystemer

Diagnosesystemer som ICD og DSM tar sikte på å identifisere psykologiske forhold som kan anses som ekte medisinsk-psykiatriske lidelser og å skille dem fra problematiske men i og for seg ikkeforstyrrede tilstander. Normal funksjon er ikke på en enkel måte forbundet med statistisk vanlighet. Noen lidelser kan være statistisk "normale" i en populasjon (-), men er allikevel lidelser, og noen normale variasjoner kan være ganske sjeldne men er ikke av den grunn en forstyrrelse. Vi må også skille sykdom fra sosiale ønskelighet og sosiale verdier. Diagnosesystemene åpner for at en person som er sosialt avvikende eller som har en natur som er i strid med verdiene i samfunnet ikke dermed nødvendigvis er psykiatrisk forstyrret. En tilstrekkelig avklaring om det foreligger patologi må ikke bare skille lidelse fra sosiale verdier og forventninger, men også forklare på hvilke måter lidelser er reelle medisinsk-psykiatriske plager som representerer, i hvert fall delvis, et faktisk konstaterbart problem den enkeltes måte å fungerer på.

Selve diagnosen fokuserer på at det foreligger en bestemt gruppe av symptomer og at disse er tilstrekkelig for å fastslå at forstyrrelsen er tilstede. Ved noen diagnoser spesifiseres også kontekstuelle forhold som påvirker om det foreligger en forstyrrelse eller ikke, vrangforestillingsforstyrrelse krever f.eks. at oppfatningene ikke er vanlige i den kulturelle sammenhengen eller gruppen personen refererer seg til eller hører til innenfor.

Forskerne **Allan V. Horwitz** og **Jerome C. Wakefield** har i den velansette psykiatrikritiske boken *'The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder'* (New York: Oxford University

Press) fra 2007 formulert det som betegnes som et skadelig-dysfunksjons perspektiv på depresjons som psykiatrisk lidelse. Jeg skal her bruke modellen deres og skissere hvorledes et skadelig dysfunksjonsperspektiv vil betrakte vrangforestillingsforstyrrelse. På tilsvarende måte som ved depressive forstyrrelser er det også ved vrangforestillinger nødvendig å ta i betraktning den kontekstuelle sammenhengen som personen med antatte vrangforestillinger er innvevd i. Fadesen med den psykiatriske rapporten om Breivik demonstrerer med all tydelighet hvor galt det kan gå dersom man ikke ser en persons forestillinger og oppfatninger i forhold til kontekst.

Med '*vrangforestillingsforstyrrelse*' menes avvikende og atypiske forestillinger som forårsakes av en skadelig dysfungering (HD) i forestillingsmekanismene hos en person. Mekanismene som inngår i generering av forestillinger utgjør et komplekst endopsykisk funksjonelt system, og forstyrrelser som resulterer i vrangforestillinger kan oppstå i ulike deler eller komponenter av systemet. De kan således være en følge av unormale eller anomale sanseopplevelser, mangler i kognitive delkomponenter som f.eks. for tidlig eller lite underbygd slutningsdannelse eller svekket grensegang mellom fantasi og persepsjon eller erindring.

Ut fra HD-definisjonen indikerer ensamling av symptomer knyttet til vrangforestillinger at det foreligger en mental forstyrrelse bare når to kriterier er tilfredstilt:

Det første er dysfunksjon; noe har gått galt i de indre mekanismenes evne til å fungere på en forventet eller normal måte slik at avvikende forestillinger og oppfatninger på et eller flere områder fremkommer.

Det andre er at dysfunksjonen må være skadelig. Oppsummert kan vi si at en mental forstyrrelse eksisterer når svikt eller mangel i en persons indre mekanismer gjør at de ikke kan utføre sine funksjoner som forventet og at dette innvirker på personens velvære slik dette forstås ut fra sosiale verdier og oppfatninger.

Dersom vi stopper opp litt og vurderer Breiviks idemessige verden ut fra disse to kriteriene er det knapt noen tvil om at han tilfredstiller det andre kriteriet – hans forestillingsverden har skadeloige følger for hans fungering. Når det gjelder det første kriteriet, om den skyldes dysfungering i hans forestillingsmekanismer, er man så langt ikke i nærheten av å ha påvist at det foreligger en skadet forestillingsmekanisme hos Breivik.

HD-analysen av vrangforestillinger sikter ikke mot å lage noen skarp grense mellom hva som oppfattes som normalitet og forstyrrelse når det gjelder personers forestillinger og oppfatninger, fordi disse ikke har noen skarpe grenser og er gjenstand for ubestemthet, flertydigheter, glidende overganger og vaghet som resulterer i mange uklare tilfeller. Til tross for dette er HD-begrepet om forstyrrelse nyttig og koherent fordi det gjør oss i stand til å skjelne mellom et spekter av klare normale tilfeller når det gjelder forestillinger og et spekter av klare vrangforestillingsforstyrrelser.

.

Teoretiske perspektiver og modeller av forstyrrete forestillingsprosesser ved vrangforestillinger

Forståelsen av vrangforestillingslidelser er ofte dårlig i våre dagers psykiatri, noe som gjør at pasientene lett møtes på tildels uheldige måter i avdelingene der de er innlagt og til og med av psykiatriske fagfolk. Tanken om at vrangforestillingene er meningsløse og 'tomme' uttrykk for felfungerende hjerne gjør det vanskelig å opprettholde en støttende og terapeutisk kommunikasjon med pasientene som opplever å bli invalidert og isolert. Dette bidrar til å forverre deres mentale plager og resulterer i en ondartet spiral der behandlingsansvarlige ser det som nødvendig med enda sterkere vektlegging av tung medikamentell behandling for å dempe pasientens forstyrrete fungering. For å komme videre og forbedre behandlingen er det behov for en helhetlig og personnær, hverdagspragmatisk forståelse av hva som går galt hos personer som opplever vrangforestillinger.



Kognitiv feilfungering i vrangforestillinger

Svikt i resonneringsevne: Opprinnelsen til vrangforestillinger har vært et spørsmål av stor interesse for århundrer. Lenge var det en utbredt oppfatning at det antagelig foreligger en grunnleggende mangel resonneringsevnen hos pasienten som gir opphav til den feilaktige oppfatningen. Stor innsats ble rettet inn mot å definere nærmere hva denne resonneringsmangelen går ut på og omstendighetene som utløser svikten. Jakten på den grunnleggende resonneringsdefekten har ikke hatt noen større suksess, hovedsakelig fordi de feilene man finner i resonnering hos personer med vrangforestillinger også opptrer svært ofte i den generelle befolkningen.

Perseptuelle forstyrrelser som kilde til vrangforestillinger

Unormale eller anomalske opplevelser:

Brendan Maher () hevder at den hyppige samforekomsten av hallusinasjoner og vrangforestillinger er konsistent med at gjenntatte unormale eller anomalske erfaringer av ulik art blir etterfulgt av utvikling av vrangforestillinger. Han mener at dette gjør at man kan anta at hallusinasjoner spiller en årsaksrolle ved fremkomsten av vrangforestillingene i slike tilfeller.

Vrangforestillinger som forestillingsforstyrrelse

I den viktige boken '**Rekreative sinn**' (2003) av Currie og Ravenscroft formulerer forfatterne det de omtaler som teorien om forestillingsforstyrrelser i vrangforestillinger. Dette er en komplisert teori som det er krevende å gjengi på en lettforståelig måte.

I boken utvikler forfatterne en velfundert filosofisk teori om forestillingsprosessene på grunnlag av den nyeste forskningen i psykologien. De belyser bruk av fantasien i forhold til kunstfrembringelse og kunstopplevelse, dens rolle i vårt liv som sosiale vesener, og det som er viktigst for oss – de mange og viktige konsekvensene av uorganisert og forstyrret forestillingsaktivitet og fantasi.

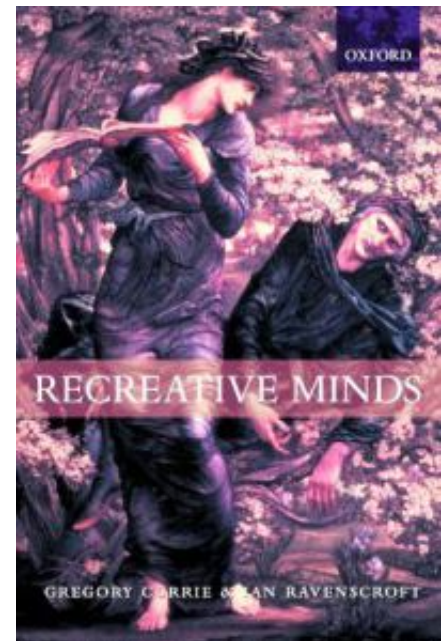
I faglitteraturen på dette området en økende enighet om at vrangforestillinger må konseptualiseres som et flerdimensjonalt konstrukt, og at de er kontinuerlige med normale forestillinger. Bruk av redskaper som 'Peters Delusjonale Inventorium' (PDI 21), som er et selvrapporтерings spørreskjema som er laget for å måle dimensjoner av delusjonal tanke virksomhet i normalbefolkningen. Studier ved bruk av PDI har demonstrert at delusjonal tankegang er nært korrelert med livskvalitet og funksjonsvansker i sosiale og yrkesmessige sammenhenger. Det synes å være liten tvil om at overgangen mellom vanlig forestillingsaktivitet og vrangforestillinger er glidende, og at strategier som folk bruker for å mestre og styre vrangforestillingspregete ideer kan utgjøre forskjellen mellom god og dårlig fungering. Akseptering er en risikoreduserende faktor, mens tankeundertrykkling er risiko-økende. En har demonstrert nytte ved bruk av aksepteringsbaserte atferdsterapier for folk med psykotiske symptomer.

Vrangforestillinger viser at menneskesinnet fungerer som en helhetlig sammenheng, der det er vanskelig å forstå en ting uten å forstå hvorledes den henger sammen med andre ting. Karl Jaspers 'uforståelighetstese' hevder at vrangforestillinger ikke er forståelige ut fra sitt innhold, de har ingen fornuftig forklaring ut fra personens idesammenheng. De er derimot virkninger av en nevrobiologisk forstyrrelse.

Et sentralt problem i vrangforestillinger synes å være et tap eller en svekkelse av den normale distinksjonen mellom det man tror eller føler seg overbevist om, og det som bare er noe man forestiller seg eller innbiller seg. Forestillingshypotesen om fremkomst av vrangforestillinger er at dette skyldes en svikt i evnen til å identifisere egne innbildninger som akkurat det de er : egne innbildninger.

Både autisme og schizofreni synes å omfatte forstyrrelser i personers forestillingsevne, men det er åpenbart snakk om ulike typer av forstyrrelser. Autismen innebærer en mangel eller reduksjon av forestillingsevne og forestillingsprosessen som sådan, eller at dette mentale området kun har en rudimentær funksjon hos individet.

Ved vrangforestillinger i psykotiske forstyrrelser er det andre ting som er på spill. I DSM defineres



vrangforestillinger som en falsk tro eller ide basert på uriktige slutninger om den ytre virkeligheten som fastholdes på tross av det andre tror og på tross av åpenbare bevis om at det ikke er tilfelle. Mange har vært kritiske til denne oppfatningen; bl. annet har Louis Sass (1994) pekt på at ideer er en gal kategorisering av vrangforestillinger. Den amerikanske nervofilosofen Searles (1988) hevder at det foreligger en 'dedifferensiering' i schizofreni. Fantasiområdet oppleves ikke som sådan men forveksles med representasjon av ytre virkelighet. Deretter oppstår en positiv forsterkingsprosess, en positiv feedback krets som er selvforsterkende.

Vi kan spørre: Hva er det personen har mistet eller mangler, som vi andre har og som gjør ty vi kan skille mellom våre forestillinger og innbildninger og andre ideer og erfaringer?

Vrangforestillinger starter opp som forestillinger med en følelse av subjektiv overbevisning, en innbildning; der man erkjenner at dette er noe man selv lager eller frembringer. Av en eller annen grunn forsvinner underveis i prosessen selve følelsen av at man selv genererer disse tankene, og da er veien kort til at en innbildning forandrer karakter og blir til en vrangforestilling om at noe hender oss som er uavhengig av vår egen mentale aktivitet.

I vrangforestillinger utviskes skillet mellom ens egne viljes- eller intesjons-styrte mentale prosesser og ting som hender med en eller ute i verden. Vrangforestillinger om kontroll er også vanlige. Følelsen av at ens tanker, ideer, følelser og handlinger er ens egne effektueres av en subpersonlig automatisk virkende mekanisme som kalles 'efferens-kopiering'. I vrangforestillinger om kontroll går følelsen av egenhandling og egen-tenkning tapt eller svekkes. Når vi utfører noe lages en efferenskopi, denne sammeholdes under utføringen med afferens-informasjon som er en serie med positive eller negative bilder som utligner eller kansellerer hverandre. Dette er et signal om at det er vi selv som har gjort noe eller tenkt noe, heller enn at det har hendt noe med oss eller ute i verden. Denne følelsen av at det er jeg som tenker mine tanker og handler mine handlinger, en slags subjektiv hanflings- eller 'agens-følelse', synes å være sårbar hos mennesker. Når den svekkes fører det til redusert evne til å skjelne mellom signaler som fremkalles av ens egne handlinger og empatiske signaler i våre speilnevrons systemer som speiler andre personers handlinger. Dvs. vår evne til å skjelne mellom egenhandling og andre-handling blir svekket. Et slik tap av eller reduisering av følelsen av egenhandling medfører at en ikke lenger greier å oppfatte at kilden til en tanke ligger i ens egen imaginative eller forestillingsbaserte konstruering, men oppfattes som, et faktum ute i verden som en blir påført. Derfor er slike vrangforestillinger et resultat av en forstyrrelse i forestillingsprosessen, at noe som jeg forestillinger meg er akkurat det det er; min egen innbildning. Dvs. av det å oppfatte eller identifisere at en tanke eller opplevelse er min egen selvskapte fantasi.

Som følge av svikt i den subpersonlige mekanismen så monitorerer ikke personen den autonome selvgenerering av forestillinger, noe som resulterer i at disse tankene ikke sees på som egne forestillinger i det hele tatt. Egne innbildninger maskeradiserer som overbevisninger, en følelse av overbevisning.

Person S fantaserer: 'T tenker at S er sexy' – 'Hun synes at jeg er seksuelt interessant og tiltrekkende.» = 'S er sexy'.

Vrangforestillinger av denne art er altså en følge av en ikke-erkjent innbildning. Man forestiller seg noe om andre, men erkjennelsen av at det er en selv som tenker dette er defekt eller fraværende. Dermed opplever man det som noe som hender en utenfra, det er ikke en selv som tenker og føler disse tingene.

En innbildning er noe man kjenner seg overbevist om eller 'tror' på. Men samtidig oppfatter man det nettopp som ens egen innbildning, altså som noe som en selv frembringer i forestillingene sine. Når en er det som på folkemunne kalles 'innbildsk', da mister man noe av erkjennelsen av at en selv forestiller seg noe. En oppfører seg som om en tror på noe en selv frembringer og forestiller seg. I det normale mentale livet har mye av det vi forestiller oss en ganske flytende karakter, som ledsager våre mere fokuserte aktiviteter i bakgrunnen, så å si. Vi fokuserer ikke spesielt på det selv om det gjerne kan romme rare og bisarre tanker, fordi vi erkjenner at det er 'innbilt', dvs. frembrakt av oss selv i forestillingsprosessen.

« Dersom våre forestillinger ikke blir erkjent som sådanne, så kan de fange vår oppmerksomhet og deres emosjonelle innvirkning på oss fortsetter og fremmer økt oppmerksomhet mot og utdypning av det forestilte scenarioet.'

På denne måten tar tanker over kontrollen av sinnet og blir til vrangforestillinger.

Fremkomst, utvikling og fastholdelse av vrangforestillinger

Et viktig spørsmål er hvorfor vrangforestillinger oppstår hos en bestemt person? Og i forlengelse av dette; hvordan utvikler de seg og hva er det som gjør at de ikke blir korrigert men vedvarer? **Laws** (2011) hevder at vrangforestillingspreget tankegang kan være forbundet med en orbitofrontalt basert reverseringslærevisne som påvirker fleksibilitet når det gjelder å tilpasse egne responser til endrete omstendigheter og ytre påvirkninger. Den 'prefrontale læresvikten' resulterer i en prosess med gradvis selvforsterkning av egne overbevisninger og ideer som gjør at de tilsatt virker helt ukorrigerbare. Litteraturen tyder på at dannelse, utdypning og fastholdelse av vrangforestillinger er en følge av samvirke mellom mange kausale påvirkninger, der hver utøver virkninger på ulike stadier i utviklingen av den feilaktige oppfatningen eller troen. (mer om dette: se – **Roberts; The origins of delusion. BJP September 1992 161:s.298-308**)

Omkring psykologisk behandling av vrangforestillinger

Det er ofte vanskelig å få i gang behandling av denne typen lidelser fordi pasienten sjelden oppfatter at hans eller hennes problem er av en psykiatrisk natur. Derfor er en av de viktigste tingene ved behandling av vrangforestillingsforstyrrelser i det hele tatt å overbevise pasienten at han eller hun har et problem som må behandles. Et viktig skritt ved behandling av vrangforestillinger er å etablere tilstanden som et problem sett fra pasientens perspektiv. Når personen har vrangforestillinger som virker forstyrrende inn på

personens liv i så stor grad at det gjør at behandling er påkrevd, da har han eller hun ikke annet valg enn å konfrontere sine vrangforestillinger. I mindre alvorlige tilfeller kan vedkommende avise behandling og fortsette i sine vrangforestillinger.

Som i all annen psykologisk behandling er tillit et sentralt spørsmål, sammen med pasientens følelse av ubetinget støtte. Dersom pasienten merker at terapeuten virkelig tror han eller hun er "gal," da kan man forvente at terapien kan bli avslutte brått. Tidlig i terapiforløpet er det først og fremst viktig ikke å direkte utfordre pasienten på han elelr hennes idemessige villfarelser, idesystem eller tro, og i stedet konsentrere seg om å arbeide i retning av mer realistiske og konkrete problemstillinger og mål innenfor den konkrete personens liv.

Noen praktiske regler for hvorledes man best kan omgås personer med vrangforestillinger: (Etter Kaplan & Sadock, 1996)

1. Man skal helst ikke inngå i krangel eller diskusjoner med pasienten og så langt som råd unngå å konfrontere eller utfordre pasientens vrangforestillinger.
2. En skal heller ikke aktivt late som at en mener at vrangforestillingene er sanne.
3. En bør forholde seg på en vennlig og sympatiserende måte til det faktum at vrangforestillingen gjerne oppleves som plagsomme, forstyrrende og påtrengende i pasientens liv, og tilby å hjelpe pasienten til å utvikle måter å leve mer komfortabelt med vrangforestillingene.
4. Man må forstå at vrangforestillingsystemet kan være et middel hos pasienten for å håndtere dype og vanskelige følelser av skam og utilstrekkelighet.
5. En bør være mest mulig rettfrem, ærlig, og direkte i sin omgang med pasienten.
6. En kan undersøke og få klarhet i hvilke spesielle livsbelastninger eller opplevelser som pasienten har opplevd og som har utløst den første fremkomsten av vrangforestillingene.

Opplegg for psykologisk behandling ved vrangforestillingslidelser

Psykoterapi er vanligvis den mest effektive hjelp for personer som plages med vrangforestillingslidelse. Den overordnede og avgjørende faktor i denne behandlingen er kvaliteten på pasient / terapeut forholdet. Når et stabilt og støttende terapeutisk samhandlingsforhold er vel etablert, kan terapeuten etterhvert begynne å forsterke positive fremganger og atferder som pasienten oppnår i hans eller hennes liv, for eksempel i forhold til utdanningsmessig -eller yrkesmessig fremgang. Det er viktig å forsterke disse hendelser i livet (for eksempel å aktiviseres eller få en jobb), fordi det fremmer pasientens følelse av selvtillit og selvhjulpenhet. Det er svært viktig å få i gang systematisk tilrettelagt psykologisk oppfølging for personer med plagsomme vrangforestillinger. Dette fordi man dermed kan gå inn på og forsøke å mildne og modere de spesifikke

tankemessige feilslutningene i pasientens ideverden. Det kan være krevende å bearbeide detaljene i pasientens idesystem fordi disse vrangforestillingene ofte er kompliserte og forseggjorte og pasientene kan være intelligente. En respektabel psykologisk litteratur har klart demonstrert at både vrangforestillinger og hallusinasjoner kan bli betydelig endret ved kognitiv-atferdsterapeutiske behandlingsmetoder. Nøye gjennomtenkt kognitiv terapi er ofte vellykket for personer som opplever vrangforestillinger. Terapeutisk sokratiske dialog, dvs. en tydelig dialog som bearbeider og utdyper moralske spørsmål og empatitrening er blant de viktigste innslagene i behandlingene. Pasienten lærer realistiske vurderingsteknikker og hvordan de kan håndtere og mestre sine vrangforestillinger. I tillegg er det fordelaktig å bygge selvtillit og styrke pasientens kommunikasjon og sosiale ferdigheter.

Pasientene har ofte nytte av å møte andre personer som har vrangforestillinger og lære mer om denne lidelsen. Støttende terapi hvor flere pasienter med vrangforestillinger møtes for å diskutere sine problemer kan være nyttige fordi det hjelper individer til å følge behandlingens rutiner og mestre sin angst og bekymringer bedre.

I tillegg kan et behandlingsopplegg som sikter mot å forbedre funksjonaliteten i hverdagen være nyttig. Først når pasienten begynner å føle seg mer sikker i sine sosiale eller yrkesmessige verden kan mer konstruktiv og direkte arbeid gjøres overfor vrangforestillingene i terapi. Dette innebærer en gradvis, men mild utfordring av klientens delusional ideer og tro, der en starter med de minste og minst viktige elementer. Noen ganger vil disse typene av milde utfordringer gjennom terapi tilføre klinikerne en større forståelse av hvor langt den enkelte pasienten har kommet. Hvis pasienten nekter å gi opp sine villfarelser og feilaktige forestillinger, selv de minste ved en slik forsiktig innledende behandling vil den videre behandlingen sannsynligvis være svært langsiktig. Selv om pasienten er villig vil den psykologiske behandlingen sannsynligvis måtte ta en god del tid, fra minst 6 måneder til et år. Klinikere bør alltid være veldig direkte og ærlig, spesielt med mennesker som lider av vrangforestillingslidelse. Fagpersoner bør være enda mer forsiktig enn vanlig for ikke å gripe inn i kundens privatliv eller konfidensialitet, og formulere seg tydelig dersom man kommer inn på slike emner i terapitimer. Subtilitet og sarkasme kan lett feiltolkes av pasienten. Terapitilnærminger som fokuserer på innsikt og selverkjennelse er ikke så gunstige som de understreker sosial ferdighetstrening og andre mer atferdsrettede og konkrete løsningsorienterte terapitiltak.

Litteraturoversikt

1) Vrangforestillinger og delusjonal forstyrrelse

Bell V, Halligan PW, Ellis H (2003). "Beliefs about delusions" (PDF). *The Psychologist* **16** (8): 418–423.

http://mindfull.spc.org/vaughan/Bell_et_al_2003_BeliefsAboutDelusions.pdf.

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.

Berke, J.H. (1998). *Even paranoids have enemies: New perspectives on paranoia and persecution*. London and New York: Routledge.

Berrios, G.E. (1991). Delusions as 'wrong beliefs': A conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, *14*, 6–13.

Blackwood, Nigel J.; Howard, Robert J.; Bentall, Richard P.; Murray, Robin M. (April 2001). "Cognitive Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions". *American Journal of Psychiatry* **158** (4): 527–539.

Bryant, R.A. (1997). Folie a familie:A cognitive study of delusional beliefs. *Psychiatry*, *60*, 44–50.

Coltheart M., Davies M., ed. (2000). *Pathologies of belief*. Oxford: Blackwell.

David,A.S. (1999). On the impossibility of defining delusions. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, *6*, 17–20.

Davies, M., Coltheart, M. Langdon, R. & Breen, N. (in press) Monothematic delusions: Towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. *8* (2/3)

Fear CF, Sharp H, Healy D: Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168:61–67

Flaum, M.,Arndt, S. & Andreasen, N.C. (1991).The reliability of 'bizarre' delusions. *Comparative Psychiatry*, *32*, 59–65.

Garety, P.A. & Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.

Heise, D.R. (1988). Delusions and the construction of reality. In T. Oltmanns & B. Maher (Eds) *Delusional beliefs* (pp.259–272) Chichester:Wiley.

Johns, L.C. & van Os, J. (2001).The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, *21*, 1125–1141.

Johnson, M.K. & Raye, C.L. (2000) Cognitive and brain mechanisms of false memories and beliefs. In D.L. Schacter & E. Scarry (eds) *Memory, Brain and Belief*. Harvard: Harvard University Press.

Jones E, Watson JP: Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. *Br J Psychiatry* 1997; 170:381–386

Jones, E. (1999).The phenomenology of abnormal belief. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, *6*, 1–16.

Junginger, J., Barker, S. & Coe, D. (1992). Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 287–292.

Leafhead KM, Young AW, Szulecka TK: Delusions demand attention. *Cognitive Neuropsychiatry* 1996; 1:5–16

Maher, B. (1988).Anomalous experience and delusional thinking:The logic of explanations. In T.F. Oltmanns

and B.A. Maher (Eds.) *Delusional beliefs* (pp.15–33). Chichester:Wiley.

Moor, J.H. & Tucker, G.J. (1979). Delusions:Analysis and criteria. *Comprehensive Psychiatry*,20, 388–393.

Peters E, Joseph SA, Garety PA: Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI. *Schizophr Bull* 1999; 25:553–576

Myin-Germeys, I., Nicolson, N.A. & Delespaul, P.A.E.G. (2001).The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 31, 489–498.

Sedler, M.J. (1995). Understanding delusions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 251–262.

Spitzer,M. (1990). On defining delusion. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 377–397.

Spitzer,M. (1995).A neurocomputational approach to delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 83–105.

Stone, T. & Young, A.W. (1997) Delusions and brain injury: The philosophy and psychology of belief. *Mind and Language*, 12 (3/4), 327-364.

Young, A.W. (2000).Wondrous strange: The neuropsychology of abnormal beliefs. In M. Coltheart and M. Davis (eds) *Pathologies of belief* (pp. 47–74). Oxford: Blackwell

2) Forestillingsprosesser:

G. Currie and I. Ravenscroft, *Recreative Minds: Imagination in Philosophy and Psychology* (Oxford, 2003).

P. F. Strawson , 'Imagination and Perception', in *Freedom and Resentment* (London, 1974).

M. Tye , *The Imagery Debate* (Cambridge, Mass., 1992).

B. Williams , 'Imagination and the Self', in *Problems of the Self* (Cambridge, 1973).

Share this:

Facebook

Lik dette:

★ Like

Bli den første til å like

This entry was posted in Philosophy and litterature, Psykiatri i hverdagen, Psykiatri og samfunn, Psykologi og religion, Sosial filosofi, Sykdom, Vrangforestillinger og andre forestillinger, Writings on things that interest

me and tagged 'det gjør vondt å tenke', Allan V. Horwitz, Anders Behring Breivik, Arne Næss, behandling av vrangforestillinger, Breivik, Breivik+vrangforestillinger, Breiviks vrangforestillinger, delusjonal forstyrrelse, en spesiikk symptomgruppe, en ubekreftede tro som fastholdes med voldsomt engasjement, fiksjonal verden, fiksjoner, Geir Lippestad, hallusinasjoner, Harmful dysfunction, India, innbildninger, Islam, Jerome C. Wakefield, Ludwig Wittgenstein, Michel Foucault, Mullah Krekar, NASSIM NICHOLAS TALEB, nevrobiologiske modellen av psykotiske fenomener, normale forestillingsprosesser, Norway, Oslo, paranoia, paranoid, paranoid forstyrrelse, paranoid schizofreni, Peter Kingsley, psykotiske fenomener, psykotiske sinnstilstanden, Religion, sakkyndighetsrapporten om Breivik, Schizophrenia, Skadelig dysfunksjon, stemmehøring, Stemninskongruente vrangforestillinger, The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder', virkelighetsbrist, Vrangforestillinger, Vrangforestillinger om kontroll, Vrangforestillinger+Einar Lunga on 6. august 2011.

One thought on “Vrangforestillinger eller om fornuftens skjøre tilstand”

Peter Andersen

30. januar 2012 kl. 1:26 am

Jeg har alltid undret mig over de religiøse retninger, som handler om, at vi mennesker er skabt i guds billede.

Så bliver vi vist ikke større.

Beviset er ikke ligefrem selvklart

☺