

OVERSIKT

Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser

Akiah Ottesen Berg og Harald Bækkelund¹

¹ forsker II, psykologspesialist, Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress og Modum Bad

Publisert: 04.03.2015

Schizophrenia and the complex dissociative disorders share many of the same symptoms, but require quite different treatment strategies. In this article we present important overlapping symptoms between the disorders based on empirical findings of similarities and differences between these conditions. The paper presents an overview of Schneiderian first-rank symptoms and dissociative symptoms influencing self-consciousness and identity in both conditions. We also point out areas of further interest for research such as psychosocial and occupational function, neurocognition and prodromal symptoms. In conclusion, we present systematized information to help clinicians with difficult differential diagnosis in cases where criteria based categorization falls short.

Keywords: auditory verbal hallucination, differential diagnosis, dissociative disorders, psychosis, schizophrenia, self-disorder



Dissosiative symptomer kan forveksles med symptomer på schizofreni og føre til at pasienten ikke får tilpasset behandling. Denne artikkelen gir klinikere en beskrivelse av viktige likheter og forskjeller mellom tilstandene.

Det er mye symptomatisk overlapp mellom schizofreni og komplekse dissosiative lidelser (KDL), det vil si dissosiativ identitetslidelse (DID) og uspesifisert dissosiativ lidelse (Dell, 2009). Identitetsforstyrrelser, depersonalisering og hallusinose er alvorlige symptomer som overlapper mellom lidelsene, men på hvilken måte symptomene framtrer ved de ulike diagnostiske tilstandene kommer ikke tydelig fram verken i DSM-IV eller ICD-10 (APA, 1994; WHO, 1992). I DSM-5, under diagnosen dissosiativ identitetslidelse, er det beskrevet noen viktige differensialdiagnostiske faktorer opp mot schizofreni og psykose, men det samme er ikke beskrevet under psykoselidelsene (APA, 2013). Feildiagnostisering av dissosiative lidelser har vært vanlig blant annet på grunn av nevnte symptomoverlapp og mangel på strukturerte diagnostiske verktøy før 1986 (Bernstein & Putnam, 1986). Selv om flere alvorlige dissosiative tilstander er beskrevet som diagnoser både i DSM-5 og ICD-10, viser en rekke studier at det kan ta mange år med behandling før dissosiativ fungering blir gjenkjent, og korrekt diagnose stilles (Boon & Draijer, 1993; Steinberg & Siegal, 2008).

Traumatiske hendelser i barndommen er vanlig ved både psykose og kompleks dissosiativ lidelse, og har dermed ikke i seg selv viktig differensialdiagnostisk verdi

Dette tyder på at det kan være vesentlig å forbedre kunnskapen om hvordan dissosiative lidelser skiller seg fra andre tilstander for å gi pasienten tilpasset behandling. I Norge har vi ingen retningslinjer for behandling av dissosiative tilstander, og det foreligger heller ingen Cochrane-rapporter på dette. Til sammenligning har Cochrane utviklet 172 rapporter om behandling av psykoselidelser, og Norge har nylig publisert nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Dette tyder på at det har foreligget en systematisk skjevhet i fokus på behandlingen av de forskjellige tilstandene, men dette er i ferd med å endre seg. Nyere norsk forskning viser at det er viktig å ha et spesifikt fokus på dissosiasjon i behandlingen av mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, med samtidig komplekse dissosiative lidelser (Jepsen, Langeland, Sexton & Heir, 2013), og man har begynt å utvikle internasjonale empirisk baserte retningslinjer som anbefaler faseorientert traumebehandling av dissosiative lidelser (Brand & Loewenstein, 2014; Dorahy et al., 2014). Det er viktig å understreke at dissosiative lidelser og psykoselidelser kan være komorbide tilstander hos enkelte pasienter. Vi har i vår kliniske praksis erfart at behandlingstrengende psykoselidelser kan



være udiagnostiserte hos pasienter med dissosiative lidelser, eller at pasienter med psykoselidelser blir feildiagnostisert med dissosiative lidelser. Dette er gjerne forbundet med at klinikere bruker pasientens traumeerfaringer i vurderinger av diagnose. Men selv om flertallet av mennesker med dissosiative lidelser rapporterer å ha opplevd alvorlige traumer, er ikke dette en del av de diagnostiske kriteriene. Traumatiske hendelser i barndommen er vanlig ved både psykose og KDL (APA, 2013; Larsson et al., 2013; Spiegel et al., 2011; Varese, Smeets, et al., 2012), og har dermed ikke i seg selv viktig differensialdiagnostisk verdi. I hvor stor grad traumehendelser er en kausal faktor i utviklingen av KDL, er også gjenstand for vedvarende debatt (Dalenberg et al., 2012; Dalenberg et al., 2014; Lynn et al., 2014). Vi er uansett nødt til å kjenne grundig til forskjeller i symptomatologi mellom tilstandene for å gi best mulig behandling, og ikke basere våre diagnoser primært på omfanget av personens eventuelle traumatiske opplevelser.

Med dette som utgangspunkt ønsker vi å gi en klar og presis beskrivelse av viktige likheter og forskjeller i symptomuttrykket ved komplekse dissosiative lidelser (hovedsakelig dissosiativ identitetsslidelse) og psykoselidelser (hovedsakelig schizofreni) som vi ikke finner skildret i dagens diagnosemanualer. Vi vil beskrive nyere, relevant forskning som kan bistå klinikerne i det diagnostiske arbeidet. Forskningen som det refereres til, omhandler hovedsakelig forstyrrelser i selvbevissthet og identitet, samt schneiderianske førsterangssymptomer i form av auditiv hallusinosose og vrangforestillinger om influens.

Selvbevissthet

Sunn selvbevissthet kan forstås som evnen til å oppleve og forstå seg selv som et *konstant levende* subjekt i verden, med en *stabil og fleksibel* personlig identitet *adskilt* fra andre, og evnen til å *integre og kontrollere* sine tanker, følelser, persepsjon og atferd (Scharfetter, 2008). Denne evnen er forstyrret både ved komplekse dissosiative lidelser (KDL) og schizofreni. Patologisk dissosiasjon beskrives som en forstyrrelse av normal integrering av bevissthet og kontroll over mentale prosesser, innenfor alle områder av psykologisk fungering (vår oversettelse, Spiegel et al., 2011). Et lignende fenomen beskrives ved schizofreni som «tap av opplevelse av å ha bolig i sine egne handlinger, tanker, følelser, impulser, kroppsforfølelser eller persepsjon, ofte i så stor grad at det kjennes ut som om en eies av en annen eller blir kontrollert av en fremmed kraft» (vår oversettelse, Sass

& Parnas, 2003, s. 431). De dissosiative symptomene som er beskrevet nedenfor, er alle knyttet til opplevelsen av selvbevissthet, og kan fortone seg kvalitativt forskjellig ved schizofreni og KDL.



Depersonalisering og derealisering

Depersonalisering innebærer en følelse av adskilthet eller fremmedhet for en selv eller egen kropp, og er vanlig ved mange psykiske lidelser deriblant KDL og schizofreni. Enkelte pasienter har beskrevet en opplevelse av depersonalisering i prodromalfasen til schizofreni (Therman et al., 2014) og opplevelsen er ofte kronisk ved KDL. Mennesker med KDL beskriver depersonalisering ofte «som om» man er med i en film (Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Rakfeldt & Rounsaville, 1994). Den viktige opplevelsen av en selv som et konstant levende individ kan også opphøre ved psykoselidelsene. Ved slike tilstander kan opplevelsen forklares gjennom vrangforestillinger, som at man faktisk *er* med i en film, eller ikke er i live.

Opplevelsen av omverdenen som kvalitativt endret, såkalt derealisering, er et symptom som forekommer ofte ved begge tilstandene. Møller et al. (2011) fant at over 50 % av et utvalg på 25 personer med schizofreni bekreftet symptomet. Man kan skille mellom to typer derealisering: flytende og påtrengende. Påtrengende derealisering viser til en opplevelse av at «hele eller deler av verden fremstår nærmest som overvirkelig, med en ubestemmelig forsterket betydning og fremtoning» (Parnas et al., 2005, norsk versjon, s. 8). Slik påtrengende derealisering ser ut til å forekomme oftere ved schizofreni enn ved KDL. Personer med KDL beskriver oftere en flytende og global form for derealisering, altså en verden som oppleves uvirkelig, drømmeaktig og uklar. Det kan dermed være viktig å undersøke kvaliteten av derealiseringssymptomer grundig i tvilstilfeller.

Amnesi

Dissosiativ amnesi er ikke et kriterium og heller ikke et vanlig symptom ved schizofreni, men fremstår som et hovedtrekk ved DID. Det er funnet at mennesker med schizofreni skårer lavt på amnesi, men samtidig høyere enn en frisk kontrollgruppe (Spitzer, Haug & Freyberger, 1997). Forstyrret tidsopplevelse og dissosiativ «fugue» forekom også sjelden i et norsk utvalg med schizofreni (Møller et al., 2011), men er vanlig ved KDL/DID. Det er derfor viktig å utrede dette symptomet grundig i vanskelige differensialdiagnostiske saker.

Paul Dell (2013) har sammenlignet amnesi mellom pasienter med schizofreni, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og dissosiativ identitetslidelse. Han fant amnesi for hendelser i

barndommen på tvers av gruppene. Men pasienter med dissosiative lidelser hadde i tillegg tap av minne for nyere tid eller tap av evner som de tidligere hadde mestret uten problemer. Personer med dissosiative lidelser kunne også i ettertid oppdage at de hadde handlet i en dissosiativ tilstand. Ved en grundig utredning er det viktig å kartlegge om personen har funnet bevis på at de har gjennomført handlinger de ikke kan gjenkalle, og/eller plutselig mister evner som for eksempel å ikke huske hvordan de lager mat, kjører bil eller lignende.



Somatoform dissosiasjon

Somatoform dissosiasjon diskriminerer godt mellom dissosiative tilstander og en rekke andre psykiske lidelser, deriblant schizofreni (Nijenhuis et al., 1999). Selv om motoriske forstyrrelser kan beskrives ved schizofreni, er det sjelden funnet at pasienter opplever *morfologiske* forandringer, altså en illusjon om at kroppen endres. Forstyrrelser i kroppslige opplevelser og kroppsbevissthet predikerer ikke psykoseutvikling (Nelson, Thompson & Yung, 2012), og er derfor viktig å utrede i tvilstilfeller.

Personer med KDL rapporterer ofte om somatisk dissosiasjon i form av plutselig sanseendring, ukontrollerbare impulser eller bevegelser (for eksempel krampe- og besvimelsesanfall), og/eller sanseutfall eller motorisk utfall slik som paralyse eller tap av smakssansen. De kan også oppleve morfologisk forandring. Motoriske *forstyrrelser*, opplevelse av at man ikke bestemmer over egne bevegelser (interferens), eller plutselige lammelser/blokkering av bevegelser, er funnet hos cirka 35 % av pasienter med førsteepisode-schizofreni, mens opplevelsen av morfologisk *forandring* i form og størrelse og somatisk depersonalisering var nesten fraværende i denne pasientgruppen (Møller et al., 2011).

Identitetsveksling

Symptomene som hittil er omtalt, vil kunne påvirke personens selvopplevelse og/eller ha sammenheng med alvorlig identitetsforstyrrelse. Uansett den kausale retningen er både schizofreni og KDL kjennetegnet av alvorlig identitetsforvirring, mens DID spesielt preges av veksling mellom bevissthetstilstander. Identitetsveksling innebærer at personen har forskjellige bevissthetstilstander, ofte omtalt som «deler» eller «alters». Disse bevissthetstilstandene kjennetegnes av tanke-, følelses- og atferdsmønstre som i større eller mindre grad er stabile og unike for denne tilstanden, inkludert

egen selvopplevelse. Det beskrives også opplevelse av amnesi eller sterk depersonalisering for hendelser mellom disse tilstandene (Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Vekslingen er dermed ikke hovedsakelig uttrykk for emosjonelle endringer, regressiv atferd eller gjenopplevelse, men faktiske identitetsskifter. Dette er ikke et typisk symptom ved schizofreni, og fører til at mennesker med DID opplever mer forvirring knyttet til sin identitet og handlinger enn det man finner ved schizofreni (Laddis & Dell, 2012).



Schneiderianske førsterangssymptomer

Kurt Schneider beskrev spesifikke symptomer som han tenkte skilte schizofreni fra andre psykoseformer (Schneider, 1959). Disse såkalte førsterangssymptomene er auditiv hallusinose, tankekringkasting og vrangforestilling om kontroll og persepsjon. Reliabiliteten av denne inndelingen har siden blitt stilt spørsmål ved, og det er flere som viser tilstedeværelsen av disse spesifikke symptomer hos mennesker med DID (Dorahy et al., 2009; Longden et al., 2012; Nordgaard, Arnfred, Handest & Parnas, 2008). Her ser vi nærmere på form og innhold av førsterangssymptomer ved DID og schizofreni.

Auditiv verbal hallusinose

Auditiv verbal hallusinose (AVH) er et viktig symptom ved både schizofreni og KDL, og studier viser at symptomet har liten differensialdiagnostisk verdi i seg selv. Nyere forskning viser at prevalensen av AVH i den generelle befolkningen er mellom 5 og 28 %, og at kun en fjerdedel av disse oppfyller kriteriet for en psykoselidelse (de Leede-Smith & Barkus, 2013). Etersom AVH ikke er spesifikt for schizofreni og finnes i mer enn 50 tilstander, har dette symptomet fått en mindre sentral plass i DSM-5-kriteriene for schizofreni (Longden, Madill & Waterman, 2012; Tandon, 2012).

Det er kun gjennomført noen få studier som har forsøkt å beskrive eventuelle fenomenologiske forskjeller i stemmehøring hos pasienter med schizofreni og KDL (se Longden et al., 2012, s. 31; Ross et al., 1990). Både pasienter med schizofreni og DID rapporterer at stemmene kommer innenfra og er stemningsinkongruente. Men DID-pasienter opplever oftere AVH fra før fylte 18 år, hører mer enn to stemmer, og både barne- og voksenstemmer (Dorahy et al., 2009). En annen studie viser at DID-pasienter oftere hører barnestemmer, mens personer med schizofrenidiagnose oftere beskriver kommanderende stemmer (Laddis & Dell, 2012). Begge gruppene i studien hørte

stemmer som kranglet, men dette rapporteres oftere ved DID. Konklusjonen per i dag er at vi ikke kan basere diagnose på verken form eller innhold av AVH.



Vrangforestillinger

Forestillinger om manglende eierskap over sin frie vilje finnes både ved KDL og schizofreni, men er i sin mest ekstreme form ved schizofreni. Ved schizofreni kan grensen mellom selvet og omverdenen være utvasket, og man kan være overbevist om at ytre krefter styrer en. Mennesker med KDL har i de fleste tilfeller intakt realitetsorientering eller kun kortvarige opplevelser av realitetsbrudd, som kan oppfylle kriteriene for akutte forbigående psykoser. De kan fortelle om indre stemmer som kommenterer og påvirker dem i stor grad, men er samtidig klar over at stemmene ikke er ekte. De har dermed ikke urealistiske forklaringer på hvorfor de hører stemmene (Steinberg et al., 1994).

Vrangforestillinger er ikke et primært symptom ved KDL, men det kan forekomme vrangforestillinger om delpersonligheter. I dissosiative tilstander hvor personen er påvirket av yngre «deler» av sin bevissthet, kan han/hun beskrive at yngre «deler» ikke kjenner igjen kroppen på grunn av alderstegn og fornekte disse fysiske forandringene (Steinberg & Siegal, 2008). Slike vrangforestillinger vil ha sammenheng med identitetsveksling og være av kortvarig art

Framtidig forskning

På flere andre områder er det gjort kliniske observasjoner som kan skille tilstandene, men disse er ennå ikke bekreftet gjennom forskning. Schizofreni har stor innvirkning på personens sosiale og arbeidsmessig funksjon og er den åttende største årsaken til år tapt til uførhet på verdensbasis (Rossler, Salize, van Os & Riecher-Rossler, 2005), og nedsatt sosial og arbeidsmessig funksjon er et klart kriterium i DSM-systemet. Mennesker med KDL har derimot ofte mer varierende fungering, der de i perioder fungerer godt, men med plutselige og brå funksjonsfall.

Det har lenge vært kjent at mennesker med schizofreni har en uttalt nevrokognitiv svikt som i stor grad påvirker deres funksjonsnivå og vedvarer over lang tid (Green & Harvey, 2014; Green, Kern & Heaton, 2004). Ved KDL er det gjort mindre forskning på nevrokognitiv fungering. Det er funnet en sammenheng mellom økt dissosiasjon og redusert oppmerksomhet, reduserte eksekutive funksjoner, og svekket visuelt og verbalt korttidsminne samt svekket arbeidsminne og episodisk minne (De Bellis, Woolley & Hooper, 2013; Haaland & Landrø, 2009; Veltman et al., 2005). Det

synes likevel klart at det på dette området er behov for mer forskning som eventuelt kan bidra til viktig differensialdiagnostisk informasjon.



Det er påbegynt et arbeid med å undersøke psykobiologiske karakteristika ved identitetsveksling hos DID-pasienter. I tillegg til forskjellige subjektive reaksjoner ved identitetsveksling finner man også forskjeller i kardiovaskulære responser og cerebrale aktiveringsmønstre, selv etter at man har kontrollert for mulig simulering av tilstanden (Reinders et al., 2006; Reinders, Willemsen, Vos, den Boer & Nijenhuis, 2012). Hvis dette reproduseres i andre studier, kan det være et lovende diagnostisk verktøy i framtiden.

I klinisk praksis opplever vi det spesielt utfordrende å skille KDL og prodromale psykotiske tilstander, da begge betegnes av perseptuelle endringer, kortvarige begrensede psykotiske episoder, depersonalisering og derealisering. Vi har ikke nok kunnskap til å skille mellom hvem som vil utvikle hvilken tilstand hos ungdom med lettere psykosesymptomer (Fusar-Poli et al., 2013), og det er derfor viktig å ha tålmodighet i tvilstilfeller og basere seg på god psykologisk behandling over tid.

Oppsummering

Med økt kunnskap forventer vi å få en bredere forståelse av sammenhengen mellom dissosiative og psykotiske symptomer. Dette kan være et viktig bidrag til et dimensjonalt diagnosesystem. Inntil da er det nyttig med inngående kjennskap til symptomer i det som i dag forstås som forskjellige tilstander. Vi har samlet en enkel oversikt i tabell 1. Her er det tatt utgangspunkt i hvordan man kan forvente at viktige symptomer kommer til uttrykk i de forskjellige tilstandene, og lagt til informasjon om nyttige verktøy som alle er oversatt til norsk. I de aller vanskeligste sakene anbefales det å utrede for både psykose og dissosiativ lidelse og bruke tabellen for å avgjøre hvilken diagnose som er mest nærliggende etter en grundig vurdering. Se ellers Bækkelund og Berg (2014) for en bredere beskrivelse av utredning ved kompleks dissosiativ lidelse på norsk.

Tabell 1 Oversikt over viktige dimensjoner/symptomer ved schizofreni og kompleks dissosiativ lidelse

Symptom/ dimensjon	Schizofreni	KDL	Verktøy
Dissosiative erfaringer	Mild til moderat (DES 17.6)	Tilbakevendende/ perseverende	DES

Symptom/ dimensjon	Schizofreni	KDL	Verktøy
		(moderat til alvorlig) (DES 44.6).	
Identitetsforvirring	Gmtales som selv-forstyrrelse. Forekommer og kan forklares med vrangforestilling	Stor grad av identitetsforvirring Gjentakende og konsistent skift.	EASE SCID-D
Auditiv hallusnose	Forekommer	Forekommer	SCID-I IDDTs
Vrangforestillinger om influens	Forekommer, ofte ukorrigerbare	Tidvis forestillinger om å bli kontrollert, men korrigerbare. En «som om» følelse	SCID-I IDDTs
Realitetsorientering	Svekket	Tilstede for det meste. Kortvarig realitetsbrist forekommer	SCID-I IDDTs
Katatoni	Kan forekomme	Vanligvis ikke, men vær obs på dissociative komatilstander, transetilstander, og frys-reaksjoner	SDQ IDDTs
Funksjon	Svekket på en eller flere områder	Vanligvis intakt men svingende forverring over tid	Klinisk intervju Komporent opplysninger
Amnesi	Nei Kan oppleve absorbasjon	Tilstede i DID Ved DDNOS fremmedgjort fra egne følelser/tanker/handlinger	SCID-D IDDTs
Derealisering	Forekommer	Forekommer/ Vedvarer	DES/SCID-D EASE
Depersonalisering	Forekommer	Forekommer / Vedvarer	DES/SCID-D EASE
Somatisk dissosiasjon	Sjelden	Frekvent	SDQ IDDTs





Konklusjon

Det er mye symptomatisk overlapp mellom schizofreni og KDL, og det er fullt mulig å ha utslag av begge lidelsene. Begge tilstandene preges av auditiv verbal hallusinose, alvorlig identitetsforstyrrelse og depersonalisering/derealisering. Dissosiativ amnesi, somatoform dissosiasjon og identitetsveksling finner vi primært ved KDL og/eller DID, mens schizofreni kjennetegnes av ukorrigerbare vrangforestillinger. Vi finner forskjeller i funksjon og nevrokognisjon, men trenger mer forskning på området. Det er fortsatt vanskelig å differensiere mellom tilstandene i tidlige sykdomsfaser, og det anbefales et lengre forløp og observasjonsperiode før man kan stadfeste diagnose med sikkerhet.

Referanser

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4 oppl.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494.
- Boon, S., Draijer, N. & Matzeß, H. (2008). *Intervju for dissosiative lidelser og traumerelaterte symptomer* (C. H. Boland, E. K. Jepsen, A. S. Jervell & M. Thelle, Overs..).
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative Disorders: An Overview of Assessment, Phenomenology and Treatment. *Psychiatric Times* (October), 62–69.
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 52–65.
- Bækkelund, H. & Berg, A. O. (2014). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling i praksis. Arbeid med komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., . . . Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588.

- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardena, E., . . . Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, *140*(3), 911–920.
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P. & Hooper, S. R. (2013). Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreatment*, *18*(3), 171–183.
- de Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*, 367.
- Dell, P. F. (2009). The long struggle to diagnose multiple personality disorder. i.P.F. Dell & J. A. O.Neil (Red) Multiple personality disorder. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York, Routledge: s. 405–444.
- Dell, P. F. (2013). Three dimensions of dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation*, *14*(1), 25–39.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Kruger, C., Stavropoulos, P., Martinez-Taboas, A., . . . Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(5), 402–417.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., . . . Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*(12), 892–898.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structural Clinical Interview for Axis I DSM-IV: Disorders Research version – Patient edition (SCID I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Fisher, H. & Craig, M. (2008). Childhood adversity and psychosis. I C. Morgan, K. McKenzie & P. Fearon (red.), *Society and Psychosis* (s. 95–111). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rossler, A., Schultze-Lutter, F., . . . Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, *70*(1), 107–120.
- Green, M. F. & Harvey, P.D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, *1*(1), e1–e9.



- Green, M. F., Kern, R. S. & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41–51.
- Haaland, V. O. & N. I. Landro (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 383–392.
- Hart, O. v. d., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. (s. 220). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H. & Heir, T. (2013). Inpatient Treatment for Early Sexually Abused Adults: A Naturalistic 12-Month Follow-Up Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142–151.
- Laddis, A. & Dell, P. F. (2012). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(4), 397–413.
- Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Rossberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., . . . Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123–127.
- Longden, E., Madill, A. & Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28–76.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., . . . Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140(3), 896–910.
- Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (red.) (2008). *Psychosis, trauma, and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, West Sussex, England: Wiley.
- Møller, P., Haug, E., Raballo, A., Parnas, J. & Melle, I. (2011). Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology*, 44(6), 386–390.
- Nelson, B., Thompson, A. & Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1277–1287.



- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–694.
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck, R., Spinhoven, P., van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J. & Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(4), 511–520.
- Nordgaard, J., Arnfred, S.M., Handest, P. & Parnas, J. (2008). The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 137–154.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258.
- Perona-Garcelan, S., Carrascoso-Lopez, F., Garcia-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Lopez Jimenez, A. M., Vallina-Fernandez, O., . . . Gomez-Gomez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 323–329.
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., . . . den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730–740.
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A. & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One*, 7(6), e39279.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111–118.
- Rosler, W., Salize, H.J., van Os, J. & Riecher-Rosler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399–409.
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444.
- Scharfetter, C. (2008). Ego-fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self-experience. i A. Moskowitz, I. Schäfer & M. J. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (1 opl., s. 51–64). Oxford: Wiley-Blackwell.



- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., . . . Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852.
- Spitzer, C., Haug, H. J. & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30(2), 67–75.
- Steinberg, M. & Bøe, T. (1995). *Strukturert klinisk intervju for DSM-IV dissociative [i.e. dissociative] forstyrrelser (SCID-D)*. Oslo: Norsk psykologforening.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J. & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495–502.
- Steinberg, M. & Siegal, H. D. (2008). Advances in assesment: The differential diagnosis of dissociative identity disorder and schizofrenia. i A. Moskowitz, I. Schäfer & M. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (s. 177–190). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Tandon, R. (2012). The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(3), 557–569.
- Therman, S., Lindgren, M., Manninen, M., Loewy, R.L., Huttunen, M.O., Cannon, T.D. & Suvisaari, J. (2014). Predicting psychosis and psychiatric hospital care among adolescent psychiatric patients with the Prodromal Questionnaire. *Schizophrenia Research*, 158(1–3), 7–10.
- Varese, F., Barkus, E. & Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42(5), 1025–1036.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671.
- Veltman, D. J., de Ruiters, M. B., Rombouts, S. A., Lazeron, R. H., Barkhof, F., Van Dyck, R., . . . Phaf, R. H. (2005). Neurophysiological correlates of increased verbal working memory in high-dissociative participants: a functional MRI study. *Psychological Medicine*, 35(2), 175–185.
- WHO. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* (World Health Organization Red. 1 oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

