

”Lanterner i natten”

Leif Jonny Mandelid
undervisningsleder for SEPREP Utdanning i
psykoterapi ved psykoser (UP)

4th INTERNATIONAL CONFERENCE ON EARLY PSYCHOSIS, I VANCOUVER, CANADA 2004: TANKER I TIDEN OMKRING TIDLIG INTERVENSJON VED PSYKOSER

Innledning

På vegne av SEPREP og Bjørgvin DPS var jeg til stede på den fjerde internasjonale konferansen om tidlig psykose (IEPA). Den fant sted i Vancouver, Canada fra 28. september til 1. oktober 2004. Programmet var svært innholdsrikt og bredt anlagt, slik at det var umulig å få med seg alt. Inntrykkene som ga grunnlag for tankene nedenfor er derfor ikke nødvendigvis dekkende for kongressens innhold, men forhåpentligvis relevante aspekter til tross for at de er sett gjennom undertegnede briller. Generelt vil jeg åpne med å påstå at kongressen trolig hadde større interesse for dem som er interessert i forskning og organisering av helsetjenester for psykose-truede personer eller førstegangspsykotiske enn for reinspikka klinikere. Klinikere fikk et overblikk over feltet, men ingen konkret innføring i hva som ligger i for eksempel kognitiv atferdsterapi (CBT), som håndverk og kunst. Det kan

trolig kun gjøres gjennom langvarig og veiledet opplæring i egne institutter.

Organisering av helsetjenester

De senere årene har mange miljøer rundt i verden, særlig i Australia, England, Canada, USA, Tyskland og Skandinavia prøvd ut modeller for mer behovstilpasset psykisk helsevern for førstegangspsykotiske, psykose-truede og personer med rusrelaterte psykoser. En rikholdig litteratur med vitenskapelige resultater og praktiske retningslinjer basert på forskningen, har etter hvert blitt tilgjengelig. Heftet med resymeer fra IEPA 2004 (Addington og McGorry 2004) gir en fylldig oversikt over forskningens status per i dag. Av bøker som gir gode og evidensbaserte anbefalinger for de nevnte gruppene, vil jeg også anbefale Edwards og McGorry (2002), Falloon og Fadden (1993) og Ehmann, MacEwan og Honer (2004). En hake ved disse nyttige funnene er at de ofte er gjort i forbindelse med forskningsbaserte pilotprosjekter med tidsavgrenset finansiering. Når de dokumentert virksomme programmene blir anbefalt for ansvarlige helsemyndigheter og fagmiljøer, støter

de i praksis på en motstand som gjør at de koker ut i kålen. Dermed får ikke forskningsbasert evidens den ønskede virkningen i form av forbedrede og mer behovstilpassede tjenester for brukerne, som vi håper på. Systemer viser like-dan som enkeltindivider en generell redsel for forandring. Redselen rasjonaliseres bort i form av perverterte faglige argumenter, som f.eks. økonomisk ansvarlighet eller kullsviertro på egne verdsatte faglige kjepphester. Martindale (2004) ga et godt, men nedslående eksempel på en slik prosess i et av sine innlegg på konferansen. På spørsmål etter foredraget, bekreftet han også at psykodynamisk forståelse av motstands- og motoverføringsproblemer er nyttig for å kunne analysere og forstå slike prosesser. Både hos den enkelte fagperson og i hele kollegier og organisasjoner. Vanens makt, der den beskytter mot å måtte bruke energi på å se og gjøre ting på nye måter, bør vel heller ikke undervurderes. Å finne måter å overkomme denne motstanden på er en sentral utfordring for alle som har ansvar for å sikre best mulig helsetjenester for denne populasjonen.

Ehmann og Hanson (2004) oppsummerer grunnleggende komponenter i helsetjenester ved tidlig psykose:

1. **Gjenkjennelse:** *Det vil si økt forståelse av at det eksisterer et psykisk problem hos brukeren. Det kan f.eks. gjøres gjennom offentlige kampanjer for økt kunnskap om tidlige risikotegn; opplæring rettet mot høyrisikogrupper og klinikere, samt sensitivisering av mulige portåpnere for aktivering av helsetjenester.*
2. **Henvisning:** *Lette forbindelsen mellom brukere og helse-tjenestene. Det kan gjøres ved å øke folk flest og fagfolks kunnskap om tilgjengelige tjenester; lette tilgjengeligheten til tjenestene; prioritere personer med de aktuelle problemene, samt strømlinjeforme henvisningsprosedyrene.*
3. **Utredning og behandling:** *Gjennom å optimalisere allianse og behandling. Kan gjøres ved å involvere familien; ha en helhetlig tilnærming; omsorg basert på prinsipper for beste praksis, samt en mest mulig normalisert bedringskontekst.*
4. **Evaluerings:** *Vedvarende kvalitetssikring. Ved å måle resultatet av tiltak for både individer og programmer; vurdere samfunnsmessig betydning, samt forskning.*

Jeg merket meg særlig ved et par hovedtema som så ut til å gå igjen i flere forelesninger og diskusjoner på kongressen: Det ene var gode erfaringer med utadrettede og samordnede tjenester. Det andre var brukernes veier til hjelp for sine problemer.

Utadrettede og integrerte helse-tjenester

Flere steder, blant annet i London og Stockholm, har en prøvd ut desentraliserte modeller, for å bringe tilbudet om hjelp nærmest mulig brukere som kanskje ellers ikke ville fått behandling før de blir så syke at innleggelse i sykehus er nødvendig. Lokalsykehus/DPS oppretter ambulatoriske team i samarbeid med poliklinikker og korttids/krisebaserte sengeavdelinger. Behandlerne kan da dra ut til brukerens foretrukne miljø og i noen tilfeller avhjelpe krisen der. I de fleste tilfellene kan krisen håndteres poliklinisk. I mange tilfeller blir det nødvendig med kort tids innleggelse i lokalsykehusets/DPSets sengeavdeling. Power og medarbeidere (2004) rapporterer at en slik framgangsmåte reduserte innleggelsen av førstegangspsykotiske i tradisjonelle sengeavdelinger på psykiatriske sykehus i deres London-populasjon, fra 85% til 51%. Tilnærmingen ga med andre ord over 30% reduksjon i sykehusinnleggelse! Det utgjør en stor frigjøring av sykehussenger til andre pasienter og reduserer risikoen for stigmatisering og innlæring av "kroniker"-rollen hos mange førstegangspsykotiske. Det bedrer trolig også samarbeidsklimaet mellom brukerne og deres familier og hjelpeapparatet. Slike funn kan også brukes i vår hjemlige debatt om hvordan for eksempel de distriktskykiatriske sentrene kan fungere både utad-

rettet i forhold til kommunehelsetjenesten og som portvoktere i forhold til de psykiatriske sykehuses sengeavdelinger. Slik kan kommunehelsetjenesten i samarbeid med DPSene bidra nettopp til en mest mulig normalisert bedringskontekst for førstegangspsykotiske personer.

Problemene som er knyttet til psykose, og i særdeleshet til komorbiditet i form av rusmiddelmissbruk, blir ifølge Ehmann og Hanson (2004) forverret av behandlingsprogrammer som er atskilte fra hverandre. Det byr på risiko for økt forvirring, ansvarsfraskrivelse, kommunikasjonsproblemer og forsinkelser. Klinikkerne mister dessuten forståelse for hvordan de ulike problemene interagerer med hverandre. De anbefaler derfor integrerte helsetjenester for disse pasientgruppene, hvor håndtering av rusmisbruk og psykiske vansker inkorporeres i ett og samme program. Dette synes i økende grad påkrevd, ettersom andelen førstegangspsykotiske personer med rusrelaterte vansker synes stadig økende; fra ca 20% for ti år siden, til ca. 50% i dag.

Psykiatrisk komorbiditet ser dessuten ut til å ha en negativ innvirkning på personer med førstegangspsykose sin funksjonering på lang sikt. Slike funn understreker nødvendigheten av å utvikle gode og integrerte behandlingsprogrammer for personer med ulike varianter av komorbiditet. Når

det gjelder kombinasjonen rus og psykose vil jeg vise til at SEPREP allerede har utviklet et utdanningsprogram rettet mot arbeid med denne gruppen. Det skal bli interessant å se hvilken innflytelse vår utdanning vil få for organisering av helsetjenester og klinisk praksis her hjemme i årene som kommer.

Veier til hjelp

Hva hindrer brukerne i å få tilgang til adekvat hjelp, selv om slik hjelp faktisk er tilgjengelig? Det er ikke bare manglende kunnskap i befolkningen generelt om prodromal-fenomener, psykoser og hvor en kan søke hjelp. Forskningen (Power og medarbeidere, 2004) viser også at visse aspekter ved den såkalte "doctors delay" også er en propp i brukernes tilgang til adekvate helsetjenester. "Doctors delay" er betegnelsen på sider ved klinikerens praksis, som hindrer eller forsinker brukerens tilgang til mulige helsetjenester som vedkommende trenger. Særlig fastlegene/allmennpraktikerne ser ut til å holde på førstegangpsykotiske personer for lenge, før de henviser pasienten til mer spesialiserte tjenester. Dette kan skyldes manglende kunnskap om diagnostiske risikotegn eller henvisningsrutiner. Det kan også skyldes en heroisk ("omnipotent") tro på egen rolle eller metode som tilstrekkelig for pasienten. Dermed henvises ikke pasienten til en mer helhetlig behandling. Denne kritikken vil nok også ramme en del spesialister i psykiatri og psykologi, som

overvurderer nytten av for eksempel farmakaterapi og/eller psykoterapi alene. Dermed kan de også holde pasienten for lenge hos seg selv. Den verst tenkelige varianten er terapeuter som benekter problemer knyttet til alvorlig psykisk sykdom og tror at de er til hjelp gjennom ensidige normaliseringsstrategier. Programmer rettet mot å bevisstgjøre allmennpraktikere og spesialister om disse problemene er nå iverksatt enkelte steder, blant annet i London (Power og medarbeidere 2004 a). Smith og Shiers (2004) utdypet et mer grunnleggende problem; førstelinjehelsetjenestens generelle vansker med å nå ut til psykose-truede og førstegangpsykotiske i nærmiljøet, som ikke engang oppsøker lege selv. Boing (2004) presenterte en studie fra Canada om funksjonssvikt og behov hos tenåringer som debuterer med psykose. Studien viste at 20% av disse ungdommene ikke hadde kontakt med psykisk helsevern i det hele tatt. 11% av dem kunne ikke engang bli lokalisert. 80% av førstegangsinleggelsene var på akutt-psykiatrisk avdeling. Disse tenåringene hadde et høyt nivå av morbiditet. Skal vi trekke noen raske konklusjoner ut fra dette, må det bli at førstelinjen gjør seg mer tilgjengelig, ikke-stigmatiserende og relevant for unge mennesker. Her hjemme kan vi trolig ta lærdom av disse funnene ved å prøve å etablere mest mulig dagligdagse og ordinære tilfriskningsmiljøer for ungdommene. Ved å oppsøke

dem der de er og prøve å hjelpe dem der, innenfor rammen av deres egne problemformuleringer og en støttekultur preget av ikke-sjargong og nedtoning av tradisjonell psykiatrisk terminologi. Kunsten ligger i å bli oppfattet som tilgjengelig og nyttig for ungdommen, uten å bagatellisere vanskene som den unge vet han eller hun sliter med. Det er særlig viktig å ikke framstå som parodien på en tjenestevillig sosialarbeider, gjennom en påtatt kulhet i form av overidentifikasjon med den unge. Tyvlånt gatetroverdighet framstår som patetisk og lite tillitsvekkende hos ungdom med behov for trygghet og struktur. Det er viktig å være konkret og praktisk på en slik måte at hjelperne også er villige til å tre ut av sine tradisjonelle rollemønstre. For eksempel med å være utadrettet, på tilbudssiden og mer åpen og selvavslørende med hensyn til egne følelser og vansker, uten å late som om de er i samme båt som de unge. Det er trolig mye å hente på å gjøre seg kjent med recovery-litteraturen. Både for å få innblikk i kreative måter å håndtere psykiske vansker på, og for å gi de unge håp ved å gjøre dem oppmerksom på nytteverdien i deres egne og andres kreative forsøk på å klare seg selv. Ungdommen er i utgangspunktet i en løsrivelsesfase hvor de ofte har et sterkt ambivalent forhold til det å ta imot hjelp fra andre. Ifølge Ziehe (1975) synes heller ikke de voksnes erfaringer særlig relevante for de unge. Ube-

visst trenger de mye støtte og veiledning, men bevisst truer og krenker disse behovene deres uttalte ønske om å klare seg selv. Jevnaldrendegruppen avhjelper noe av dette, og kan etter mitt syn trolig også være en viktig recovery-ressurs, i tillegg til foreldre og voksne helpere. Særlig i situasjoner hvor generasjonsmotsetningene ikke lenger er begrenset til en konfliktsituasjon mellom foreldre og unge, men er blitt en regelrett krise. Ved en generasjonskrise har ikke de voksne lenger noe å tilby de unge, som oppleves som relevant for dem. Dette krever en særlig evne til å bygge opp et nytt og felles språk over lang tid.

Birchwood og medarbeidere (2004) rapporterte at 29% av et utvalg førstegangpsykotiske unge viste sosial fobi. Skam og frykt for at andre skulle oppdage diagnosen deres, ødela deres sosiale samhandling med andre. Dette understreker trolig ytterligere nødvendigheten av å legge intervensjoner i å redusere selvstigmatisering inn i helsetjenester rettet mot tidlig oppdagelse og behandling av psykose.

Flere lanterner i natten

En god del funn som ble presentert må regnes som viktige lyspunkter for alle som enten er rammet av eller prøver å hjelpe mennesker med tidlig psykose. Berger og medarbeidere (2004) fant for eksempel at innsikt er redusert hos førstegangpsykotiske perso-

ner, men at den for manges vedkommende kan økes ved hjelp av spesifikk kognitivt basert innsikts-terapi. Dette bedret funksjonsnivået på lang sikt hos disse personene, uten å øke risikoen for suicid. Melle og medarbeidere (2004) fant ikke holdepunkter for å si at førstegangpsykotiske personer hadde noe fall i nevrokognitivt funksjonsnivå etter ett år. Noen slike funksjoner kunne tvert imot være noe bedret. Forfatterne konkluderer med at dette kan forstås som at slik kognitiv svikt ved schizofreni neppe reflekterer en nevrobiologisk regressiv prosess. Dette er god motvekt mot en del av pessimismen som har preget forståelsen av schizofreni etter Kraepelin. En foreløpig analyse av data fra en løpende studie gjort av Jackson og medarbeidere (2004) i England er også oppløftende. De ga et utvalg personer med førstegangpsykose kognitiv terapi rettet mot reduksjon av traumesymptomer, for eksempel depresjon og selvstigmatisering, etter det psykotiske sammenbruddet. Foreløpige funn tyder på at mange av disse personene profitterte på denne terapien, i form av reduserte traumesymptomer.

Til sist vil jeg takke SEPREPs styreleder Gunvor Orderud og bestyrer Ole-Bjørn Kolbjørnsrud, samt administrasjonssjef Sissel Horten ved Bjørgvin DPS. Uten disse personenes tillit og velvillige støtte, ville det ikke vært mulig for meg å få med meg denne IEPA-

konferansen og uforglemmelige glimt av et storslaget land.

Referanser

Berger, G. og medarbeidere (2004): Insight into illness in patients with first episode psychosis: Associations with the course of treatment, symptomatic and functional outcome. Resyme i : Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 34.

Birchwood, M. og medarbeidere (2004): Social anxiety and shame of psychosis: A study in first episode psychosis. Resyme i : Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 46.

Boing, L. og medarbeidere (2004): Disability and need in adolescent onset psychosis : Resyme i : Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 19.

Edwards, J. og McGorry P. (2002): Implementing early Intervention in psychosis : A guide to establishing early psychosis services. Martin Dunitz. London.

Ehmann, T. og Hanson, L. (2004): Early psychosis services. Kapittel 3, side 13 –25 i: Ehmann, T., MacEwan, G.W. og Honer, W.G. : Best care in early psychosis intervention. Global perspectives. Taylor & Francis. London.

Ehmann, T., MacEwan, G.W. og Honer, G. (2004): Best care in early psychosis services. Global perspectives. Taylor & Frances. London.

Jackson, C. og medarbeidere

(2004): Preventing the traumatic sequelae of first episode psychosis: A randomised controlled trial. Resyme i: Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 45.

Martindale, B. (2004): Failure of an early intervention pilot project to overcome local resistance. Foredrag på IEPA-konferansen 2004 i Vancouver. Resyme i: Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 20.

Melle, I. og medarbeidere (2004) : No decline in neurocognitive functioning from baseline to 1. year follow-up in first-episode psychosis. Resyme i: Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 35.

Power, P., Iacoponi, E. og Valmaggia, L. (2004 a): Educating general practitioners in the early recognition and referral of young people with psychosis. How effective is it? Foredrag på IEPA- konferansen i Vancouver. Resyme i: Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 39.

Power, P. et al (2004 b): A randomised controlled trial of an early detection team in first-episode psychosis: Provisional findings of the LEO CAT study. Foredrag på IEPA-konferansen i Vancouver. Resyme i: Schizophrenia Research, 70, Supplement, s. 131.

Smith J. og Shiers, D. (2004): The role of primary care in early intervention in the UK. Foredrag på IEPA-konferansen i Vancouver. Resyme i: Schizophrenia Research,

70, Supplement, s. 38.

Ziehe, T. (1975): Pubertät und Narzissmus. Europäische Verlagsanstalt. Frankfurt/Köln.

Leif Jonny Mandelid
psykolog
utdanningsleder SEPREP Utdanning
i psykoterapi ved psykoser (UP)
Tlf. 55328352 tirs/fre/
Tlf. 55550425 man/ons/tors
E-post: leif.mandelid@helse-
bergen.no