

# Psykologisk behandling for schizofreni på sengepost

Det finnes evidensbasert psykologisk behandling for schizofreni på sengepost som både gir gode resultater og er kostnadseffektivt.

TEKST

Vidar Steffensen

PUBLISERT 31. januar 2007

---

I den tradisjonelle psykologrollen har psykologen samtalerterapi på sitt kontor med klienter som kommer av egen motivasjon, og som mestrer dagliglivets grunnleggende aktiviteter. Dette er den psykoanalytiske arven som nå er i endring. Med dannelsen av de nye helseregionene i Norge, som er dels privatiserte og dels statlige, og som drives bedriftsøkonomisk, havner spesialisthelsetjenesten i en utfordrende posisjon: Vi leverer tjenester som ikke har inntjening, men har fokus på økonomi fremfor faglighet. Måltallene både i Norge og USA, produktivitet, antall konsultasjoner, døgnplasser og årsverk, er eksempler på midler for å oppnå mer økonomisk psykisk helsevern (Holte, 2006). Om det blir bedre psykisk helse av disse indikatorene, måles ikke, men det er mange som tviler. Hva er da løsningen?

Presidenten for American Psychological Association gjorde i 2005 forskning på evidensbasert terapi til et hovedsatsningsområde for APA (Levant, 2005). Slik kan vi etter hvert vinne tilbake kontrollen og være med på å definere hva som er effektiv behandling og hva som er kriterier som skal brukes for å måle effektivitet. Spørsmålet jeg vil forsøke å svare på, er hva som er evidensbasert psykologisk behandling for schizofreni på sengepost. Svaret er heldigvis oppløftende: Det finnes behandling som både er effektiv klinisk og kostnadseffektiv.

## Behandling for schizofreni

Det er få i dag som setter spørsmålstegn ved at behandlingen for schizofreni må være *biopsykososial* (Kopelowicz & Liberman, 1998). Det må være fokus på det biologiske, det psykologiske og det sosiale. Det finnes en rekke typer behandling som er effektive for schizofreni, men temaet her er behandling som psykologer utfører. Kognitiv atferdsterapi i grupper, på postene og individuelt, har vist gode resultater i mange studier. Strukturerte psykoedukative familiegrupper, og ferdighetstrening i grupper med fokus på symptomstrøking og sosiale ferdigheter, har også vist seg å være effektive. Disse intervensjonene fører til reduksjon i symptomer, bedret evne til å mestre dagliglivets aktiviteter, bedret sosial atferd, bedre nettverk, mindre byrde på nettverket, senkede kostnader for samfunnet og økt livskvalitet (Bennett et al., 1999;

Frances, Deoherty & Kahn, 1996; Kopelowicz & Liberman, 1998; Merlo et al., 2002). Tilrettelagt arbeid, tilrettelagt bolig, individuell plan med koordinator, individuelt tilpasset medisiner og trening i å mestre dagliglivets aktiviteter (ADL-ferdigheter) er også essensielle, men ikke omtalt her.

Man har funnet at det som psykolog og behandler på sengepost er nødvendig å være positiv og aktiv overfor pasientene (Kopelowicz & Liberman, 1998). Man må fokusere på å realitetsorientere pasientene, løse problemene deres i hverdagen og gi praktiske råd. Man må være aktiv og styrende, bruke egen livserfaring og fremstå som en rollemodell. Man bruker oppmuntring, ros, undervisning og støttesamtaler.

## **Psykologen som individual terapeut**

*Psykoanalytisk og psykodynamisk terapi.* Det er etter hvert en del studier som viser at psykoanalytisk og psykodynamisk terapi, både individuelt og i gruppe, ikke er effektivt ved schizofreni (Bennett et al., 1999; Bornstein, 2001; Merlo et al., 2002; Michels, 2003). Det har også blitt vist at det kan være skadelig (Johnstone, Humphreys, Lang, Lawire & Sandler, 1999; Kopelowicz & Liberman, 1998).

Malmberg og Fenton (2001) søkte etter randomiserte studier som har blitt gjort på effekten av psykoanalytisk og psykodynamisk terapi ved schizofreni og alvorlige psykiske lidelser. De søkte igjennom 11 databaser, inkludert de store, deriblant MEDLINE og PsycLIT. Forfattere som hadde utført studiene de fant, ble også kontaktet for informasjon om videre studier. Da fant ingen randomiserte studier av psykoanalytisk behandling for schizofreni. Det ble funnet få randomiserte studier av effekten av psykodynamisk terapi, og ingen av dem viste signifikant effekt. Malmberg og Fenton mener at psykodynamisk tankegang imidlertid har mer appell til behandlere enn kognitiv og psykoedukativ behandling, og at mange derfor fremdeles arbeider psykodynamisk og analytisk med schizofreni. En undersøkelse ble utført i 1999 av psykologer på sengeposter på avdelinger for akutt psykisk helse i Canada (Humbke et al., 2004). De fikk svar fra 139 sykehus, eller 43% av det totale antallet. Bare 6,5% av psykologer sa de var psykodynamisk orienterte, og like mange klientsentrerte.

*Kognitiv atferdsterapi* for schizofreni viser gode resultater i mange studier (Hagen, 2006; Kopelowicz & Liberman, 1998; Merlo et al., 2002; Perris & McGorry, 1998). Kognitiv atferdsterapi har kommet så langt at den i stor utstrekning har erstattet psykodynamisk og analytisk behandling på dette området (Merlo et al., 2002). Det er en metodikk for problemløsning, og for å bevisstgjøre og endre irrasjonelle, automatisk tanker, dårlig selvbilde, psykotiske symptomer, fastlåste syn på andre og på verden, og å mestre vedvarende symptomer av psykiske lidelser (Kopelowicz & Liberman, 1998). Man arbeider med å lære pasientene å teste holdbarheten i sine vrangforestillinger og å erstatte dem med mer nyanserte tanker, og å teste ut validiteten av det stemmene sier til dem (Hagen, 2006; Smith et al., 1993). Målet er ikke å fjerne de psykotiske symptomene, men å nyansere dem og dermed redusere det subjektive ubehaget knyttet til dem. Psykologen stiller seg nøytral til om pasienten har rett i sine forestillinger eller ikke, og bruker motiverende intervju med sokratiske spørsmål til å utforske dette

(Hagen, 2006). Gjennom å hjelpe pasienten til å utforske hvordan hun eller han vet at det er slik hun eller han tror, kommer pasienten selv frem til en konklusjon uten å bli konfrontert med sine forestillinger. Gjennom at man gjør forestillingene mer spesifikke, blir de mer inkonsistente og dermed mer nyanserte.

*Kognitiv trening* fokuserer på å trene opp de svekkede kognitive funksjonene, som innlæring, oppmerksomhet og hukommelse, for at de skal lede til bedre normal fungering innenfor de områdene hvor svikten får utløp (Bennet et al., 1999; Merlo et al., 2002). Denne formen for behandling har så langt vist liten overføringsverdi til bedring av symptomene på schizofreni og daglig fungering (Ahmed & Boisvert, 2003; Bellack, 1992; Merlo et al., 2002; Ueland, 2006).

I undersøkelsen fra Canada som er nevnt ovenfor, var den mest vanlige orientering til psykologer kognitiv atferdsterapi (46%), etterfulgt av eklektisk (15,8%) (Humbke et al., 2004). Kognitiv atferdsterapi var den statistisk signifikante mest vanlige orienteringen i forhold til eklektisk, psykodynamisk og klientsentrert. Kognitiv atferdsterapi var i enda større grad benyttet ved universitetssykehus. Resultatene fra den samme undersøkelsen i 1982 viser at kognitiv atferdsterapi har styrket sin posisjon dramatisk siden da. Grunnene antas å være at kravene til at behandling skal være empirisk validert, er økende. I tillegg er kognitiv atferdsterapi detaljert beskrevet og tidsavgrenset, hvilket gjør det kostnadseffektivt og lettere å delegere oppgaver til pleiepersonale. Blant annet kan mye hjemmearbeid følges opp på postene. Artikkelen til Humbke et al. anbefales for øvrig fordi den inneholder analyse av store mengder data om psykologers hverdag i sykehus.

### **Psykologen som familieterapeut**

Strukturerte psykoedukative familiegrupper har gjennomgående vist effekt i behandlingen av schizofreni (Johnstone et al., 1999; Lindvåg & Fjell, 2006; Smith et al., 1993). Familier med høy Expressed Emotion, dvs. en kritisk holdning til pasienten og overinvolvering, fører til mer tilbakefall hos pasienter med schizofreni. Det er spesielt reduksjon av EE, som det blir forkortet til, og bedring i miljøet i hjemmet som leder til færre tilbakefall.

I strukturerte psykoedukative familiegrupper støtter man opp om familiene, underviser dem om schizofreni, hvordan de kan mestre sykdommen, og om ressurser i nærmiljøet (Johnstone et al., 1999; Lindvåg & Fjell, 2006). Familiene lærer også stressmestring, og det legges vekt på å unngå overinvolvering med de andre i familien. De undervises i problemløsning og mellommenneskelig kommunikasjon. Det er fokus på å redusere kritisk kommunikasjon, å oppmuntre til realistiske forventninger til pasienten, og å skape en følelse av kontroll og påvirkning i behandlingen.

### **Ferdighetstrening i grupper**

I strukturert ferdighetstrening i grupper jobber man med å redusere de negative konsekvensene av sykdommen og å trene opp nye ferdigheter. Man reparerer i liten grad skadede funksjoner, men kompenserer for dem (Bellack, Gold & Buchanan, 1999;

Gråwe, 2006; Liberman, 1994; Smith et al., 1993). Innfallsvinkelen er motsatt av kognitiv trening, hvor man forsøker å reparere tapte funksjoner. Fokus er vanligvis på sosiale ferdigheter og mestring av egen sykdom.

Ferdighetstrening i grupper inneholder mange elementer for å kompensere for kognitiv svikt og hjelpe med innlæring. En gruppe moduler er «Social and Independent Living Skills Program», som på norsk er oversatt til «Et Selvstendig Liv (ESL)» (Guldahl & Gråwe, 1999; Kopelowicz & Liberman, 1998; Løvaas, 1996). Det er et psykoedukativt program som sammenfatter psykologisk kunnskap og pedagogikk. ESL er manualbasert, kursdeltakerne får arbeidsbøker, og det benyttes ulike innfallsvinkler til de forskjellige emnene (Kopelowicz & Liberman, 1998). Først gjennomgår en av kurslederne dagens tema, så vises det en kort videofilm om hva man skal gjøre de neste timene i praksis (Guldahl & Gråwe, 1999; Løvaas, 1996). Deretter følger det gruppediskusjoner, skriftlig løsning av oppgaver i plenum og individuelt, skriftlig problemløsning i plenum, rollespill og hjemmearbeid. Andre viktige elementer er modellæring ved at kurslederne og de andre pasientene også gjør oppgavene, det brukes positive forsterkere for små fremskritt, og kurslederne coacher aktivt og kommer med forslag mens pasientene jobber. Øving og repetisjon benyttes også mye og er viktige faktorer for læring (Gråwe, 2006.)

Det finnes mange moduler som opererer etter de samme prinsippene. Hunter (1995) har gått igjennom 14 artikler som ser på ferdighetstreningmoduler, samt seks artikler som har evaluert resultatene i forskjellige sammenhenger, og de viser til gode resultater. Det er økning i sosiale ferdigheter, mestring av sykdom, bedre livskvalitet og grad av selvstendighet, og belastningen på nettverk og samfunn minker (Hunter, 1995; Kopelowicz & Liberman, 1998). Selv pasienter med relativt alvorlige symptomer, forutsatt at de kan følge instruksjoner og følge med en time om gangen, viser bedring to år senere.

## **Konklusjon**

Det er et hjertesukk for mange psykologer at vår rolle beveger seg bort fra behandling med forandring og utvikling som mål, og mer mot å lindre symptomer og rehabilitering. Helseforetakene kan imidlertid pålegge oss å drive effektivt, men ikke uforsvarlig. Man skal derfor først og fremst utøve den behandlingen som virker, og så sekundært gjøre det som er mest kostnadseffektivt. Helseforetakene har satt opp en rekke mål som skal være kostnadseffektive, men som ikke måler om behandlingen faktisk virker. Ved å utøve behandling som har påvist effekt, har vi et solid fundament for vår virksomhet, og er selv med på å definere hva slags behandling vi skal utøve. Ved å drive behandling med påvist effekt kan man ikke presses til å endre hva en gjør av økonomiske hensyn. Da kommer administratorer i siste instans i en posisjon hvor de utøver helsefag uten autorisasjon, hvilket loven ikke tillater. Det virkelige spennet er derfor ikke i forhold til forsvarlig behandling, men i forhold til om man ønsker å drive forsvarlig behandling som også er den mest kostnadseffektive og kanskje strider mot egne preferanser. Man kan i verste fall pålegges å gi minst mulig behandling så lenge

det ikke er uforsvarlig, og mange opplever det som utilfredsstillende og også uetisk å drive behandling på så lavt nivå.

Det finnes heldigvis behandling som er både effektivt klinisk og kostnadseffektivt. Kognitiv atferdsterapi individuelt, i gruppe og på postene, strukturerte psykoedukative familiegrupper, og ferdighetstrening i grupper med fokus på symptommestring og sosiale ferdigheter, hører alle til i denne gruppen. De fører til nedgang i symptomer, bedret evne til å mestre dagliglivets aktiviteter, bedret sosial atferd, bedre nettverk, mindre byrde på nettverket, senkede kostnader for samfunnet, og økt livskvalitet. Hvorfor gjør da ikke psykologer alltid det som har vist seg å virke?

Svaret på hvorfor psykologer ikke fremmer slik behandling er nok delt. Den tradisjonelle terapeutrollen er i endring, hvilket tar tid. Samtidig trekker kanskje egen teoretisk forankring i andre retninger. Det er imidlertid ikke bare et spørsmål om individuelle preferanser. Det er etisk uforsvarlig å utøve behandling som ikke har vist effekt, og likeledes å holde tilbake behandling som gjennomgående viser resultater. Psykologer bør jobbe for bruken av disse empirisk validerte, kostnadseffektive og tidsavgrensede behandlingsmetodene. Det vil hjelpe til å tilfredsstillende administrative ledere, men også miljøpersonalet som ønsker konkrete råd, veiledning og resultater. Viktigst av alt: De er vist å hjelpe pasientene. Disse formene for behandling er tilrettelagt for å hjelpe selv pasienter med kognitiv svikt og lave ADL-ferdigheter til å kunne være aktivt deltakende i behandlingen.

Gjennom å jobbe på denne måten kan man være til hjelp for sine pasienter, tilfredsstillende administrativ ledelse og personalet på postene, og selv ha en meningsfull og faglig givende hverdag.

Vidar Steffensen

Ullevål universitetssykehus HF Josefinesgate DPS Pilestredet Døgnrehabilitering

E-post [vidar.steffensen@uus.no](mailto:vidar.steffensen@uus.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 2, 2007, side 148-150*

#### TEKST

**Vidar Steffensen**

+ **Vis referanser**

#### Referanser

Ahmed, M. & Boisvert, C. M. (2003). Multimodal integrative cognitive stimulating group therapy: Moving beyond the reduction of psychopathology in schizophrenia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 644-651.

Bellack, A. S. (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 43-50.

- Bellack, A. S., Gold, J. M. & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 257-274.
- Bennet, T. L., Davalos, D. B., Green, M. & Rial, D. (1999). Addressing executive functioning and cognitive rehabilitation in the treatment of schizophrenia. *Rehabilitation Psychology*, 44, 403-410.
- Benton, M. K. & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Bornstein, R. F. (2001) The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 3-20.
- Frances, A., Deoherty, J. P. & Kahn, D. A. (1996). Treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (12B), 5-58.
- Guldahl, V. G. & Gråwe, R. W. (1999). Et selvstendig liv – Mestring av psykosesymptomer. Trondheim: Psykiatrisk Institutt, NTNU.
- Gråwe, R. W. (2006). Sosial ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske lidelser. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 223-238). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Hagen, R. (2006). Kognitiv terapi ved schizofreni. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 257-269). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Holte, A. (2006). Psykisk helsereformen – midler og mål. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 34-37.
- Humbke, K. L., Brown, D. L., Welder, A. N., Fillion, D. T., Dobson, K. S. & Arnett, J. L. (2004). A survey of hospital psychology in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 31-41.
- Johnstone, E., Humphreys, M., Lang, F., Lawrie, S. & Sandler, R. (1999). *Schizophrenia. Concepts and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kopelowicz, A. & Liberman, R. P. (1998). Psychosocial treatments of schizophrenia. I P. E. Nathan & Gorman J. M. (Eds.), *A guide to treatments that work* (ss. 190-207). New York: Oxford University Press.
- Levant, R. F. (2005). Evidence-based practice in psychology. *Monitor on psychology*, 36 (2), 5.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 57, 104-114.
- Lindvåg, A. J. & Fjell, A. (2006). Psykoedukativ behandling ved psykose. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 287-308). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Løvaas, A. L. (1996). *Grunnleggende sosiale samtaleferdigheter*. Trondheim: Sør-Trøndelag Psykiatriske Sykehus-STPS.
- Malmberg, L. & Fenton (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). The Cochrane Library online. <http://www.update-software.com/Abstracts/AB001360.htm>
- Merlo, M. C., Perris, C. & Brenner, H. D. (2002). *Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Michels, R. (2001). The relationship between psychoanalysis and schizophrenia by Richard Lucas. *The International Journal of Psychoanalysis*, online. <http://www.ijpa.org/michelsfeb03.htm>
- Perris, C. & McGorry, P. D. (Eds.). (1998). *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Schretlen, D., Jayaram, G., Maki P., Park K., Abebe S. & DiCarlo M. (2000). Demographic, clinical, and neurocognitive correlates of everyday functional impairment in severe mental illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 134-138.
- Smith, G. B., Schwebel, A. I., Dunn, R. L. & McIver, S. D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48, 966-971.

Ueland, T. (2006). Kognitiv trening ved schizofreni. I B. R. Rund (red.), Schizofreni (ss. 270-286). Stavanger: Hertervig Forlag.