

# Ungdom, psykoserisiko og lave terskler

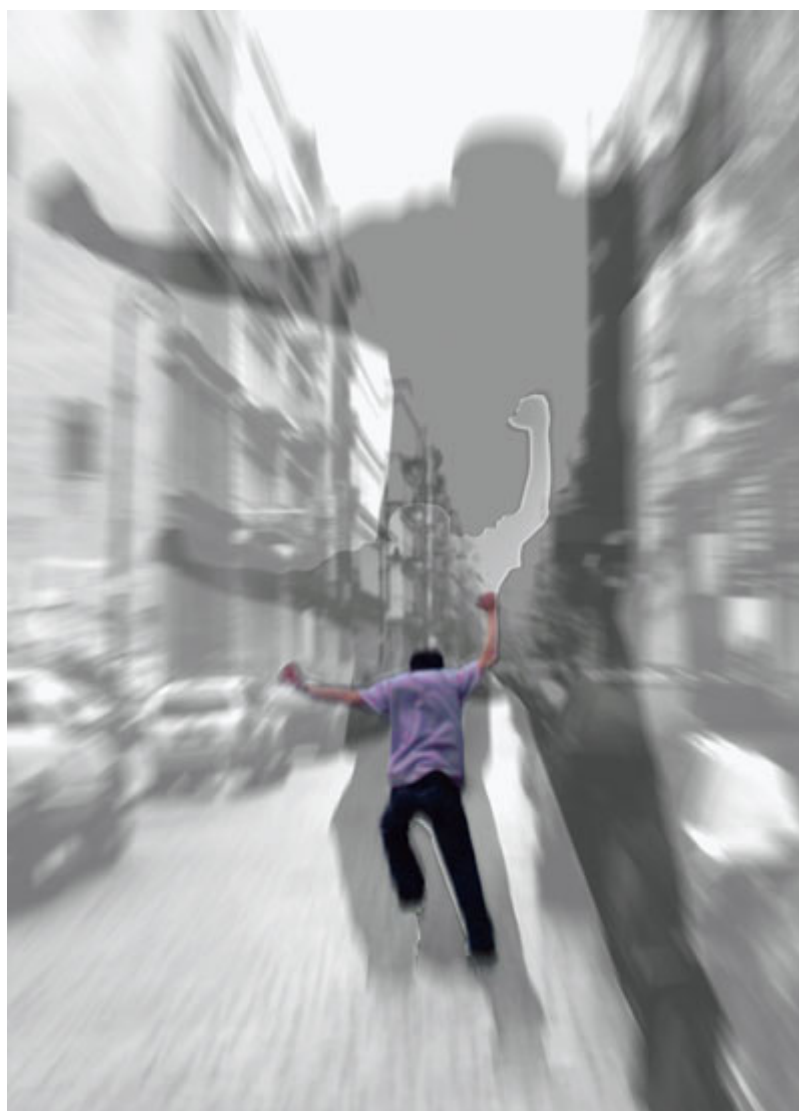
Ungdom som viser symptomer på mulig psykoseutvikling, trenger hjelp så tidlig som mulig. I Asker og Bærum er det gitt et slikt tilbud siden 2002. Her presenteres noen av de utfordringene vi har møtt siden oppstarten av TIPS Asker og Bærum.

TEKST

Marit Grande

PUBLISERT 5. juni 2009

---



**KUNNSKAPSMANGEL:** Ungdommer med symptomer på mulig psykoseutvikling oppsøker sjelden hjelp selv.

Samtidig er det få med kunnskap om disse symptomene.

Dette gjør veien til behandling lang. Foto: YAYMICRO

Psykisk helsevern ønsker i dag å gi et tilbud om behandling til personer med høy risiko for å utvikle psykose. Satsingen begrunnes med forskning som viser at mange med schizofrenidiagnose har vist alvorlige psykiske symptomer og psykososialt funksjonsfall lenge før psykosen oppstår. Behandling tidlig i psykoseforløpet gir dessuten bedre prognose og reduserer faren for tilbakefall og varige psykososiale konsekvenser. Å forstå schizofreni som «endepunktet» på en psykotisk lidelse som kan ha vart i flere år, gjør at vi i dag har sterkere fokus på å oppdage og behandle psykotiske lidelser tidligst mulig, helst før psykosen utvikler seg. Behandlingsmålet er derfor todelt: å tilby behandling for symptomene, og å utsette og i beste fall forhindre en psykose. Dersom pasienten likevel utvikler en psykose, er det selvsagt viktig å behandle psykosen så tidlig som mulig.

### **Kjennetegn**

Et av våre første spørsmål var naturlig nok hva som kjennetegner personer som har forhøyet risiko for psykoseutvikling. Vi måtte til PACE-klinikken i Australia for å finne et klinisk forskningsmiljø som studerte risikofaktorer for å utvikle psykose. Deres forskning viste at ung alder, kortvarige psykoselignende og/eller nærpsykotiske symptomer, funksjonsfall og genetisk risiko øker sjansen for å utvikle psykose (Yung et al. 1998). Blant personene i alderen 16–30 år som hadde svært høy risiko for psykose, utviklet hele 40 prosent psykose innen ett år. På bakgrunn av dette definerte de tre syndromgrupper som gir ultrahøy risiko for psykose:

1. Pasienter som har hatt svake psykotiske symptomer det siste året (Attenuated Psychotic Symptoms). Det er nok med ett av de følgende symptomene: perseptuelle forstyrrelser, paranoide forestillinger, påvirkningsideer, underlige forestillinger/ideer/atferd eller magisk tenkning. Symptomene er ikke intense nok til å klassifiseres som psykose, da personen er i tvil om opplevelsene er virkelige. De påvirker heller ikke atferd og opplevelser like mye som ved psykoser. Eksempler er personer som vurderer muligheten for, men likevel ikke tror, at andre kan lese tankene deres, eller at de kan forutsi framtiden ut fra drømmer.
2. Pasienter med kortvarige psykoselignende symptomer (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms). Symptomene har vært til stede flere ganger i løpet av det siste året, men har vart mindre enn en uke hver gang, og de forsvinner spontant. Eksempler er personer som i korte perioder tror de kan lese andres tanker, at de blir forfulgt, eller at andre vil skade dem.
3. Pasienter som har nære familiemedlemmer (mor, far eller søsken) med psykose og/eller schizotyp personlighetsforstyrrelse, og som selv viser betydelig endring av psykisk tilstand eller funksjon, tilsvarende minst 30 poeng på GAF (Global Assessment of Function) det siste året.

Denne forskningen viser oss at mange har symptomer lenge før de får et psykosegjennombrudd. I begynnelsen er symptomene gjerne uspesifikke og angstlignende, i form av litt vage, diffuse og snikende plager. Dette kan følges av mer spesifikke psykoselignende symptomer som underlige ideer, tanker eller opplevelser, som å høre stemmer eller mistenke at de er utsatt for komplott eller spionasje. Enkelte blir ekstremt opptatt av et spesielt tema, som døden, politikk eller religion. Mange føler seg underlige og rare i forkant av psykosen, og humørsvingninger, depresjon og selvmordstanker er heller ikke uvanlig. Før eller siden vil de fleste få problemer med å følge opp skole eller jobb, med isolasjon som følgesymptom. Noen av de som er i risikozonen har også psykoselidelse i nær familie.

## **Rekruttering til behandling**

Ungdommer med symptomer på mulig psykoseutvikling oppsøker sjelden hjelp selv, særlig tidlig i forløpet. Som regel er det foreldre eller andre nære som blir bekymret og søker hjelpeapparatet om råd og veiledning. Lærere, helsesøster, utekontakt, PPT-rådgiver eller fastlege er ofte de første som kontaktes. Kunnskap om risikosymptomer for psykose har vært lite kjent både blant fagfolk og i befolkningen generelt, noe som gjør at disse unge menneskene ofte har en lang vei å gå før de kommer i behandling. Så hvordan får vi dem inn til behandling tidligere?

## **«Det er viktig å formidle at høy risiko ikke nødvendigvis betyr at psykose utvikler seg»**

TIPS-prosjektet viste at økt kunnskap om tidlige tegn på psykose i befolkningen, og lav terskel for henvisning, bidrar til at pasienter kommer tidligere til behandling. Vi brukte ikke media slik TIPS gjorde, men har hatt gjentatte informasjonsmøter og undervisning på skoler og i primærhelsetjenesten, sosialkontor, barnevern, utekontakten og NAV. Målet har vært å øke kunnskapen om symptomer på mulig psykoseutvikling og gi informasjon om hvor man kan henvende seg for å få hjelp. Vi lagde også en informasjonsbrosjyre om dette som vi distribuerte til potensielle henvisere.

TIPS Asker og Bærum har en lav terskel for kontakt, og legehenvvisning er ikke nødvendig. Personen selv, pårørende eller andre som kjenner vedkommende, kan ringe for å diskutere en mulig henvisning. Personer som hører til målgruppen, får tilbud om samtale snarest mulig, helst i løpet av få dager. Hvis personen ikke hører til målgruppen, gir vi veiledning om hvor man kan henvende seg for å få riktig hjelp.

## **Utredning**

Det er ofte vanskelig å vurdere om personen har symptomer som faktisk indikerer høy risiko for å utvikle psykose. Symptomene kan være de samme som i en tidlig fase av andre psykiske lidelser, for eksempel bipolar lidelse, depresjon eller angst. To spørsmål

i den første kontakten har vist seg nyttige for å avklare om personen kan ha risikosymptomer for psykose:

- Har personen det siste året hatt psykoselignende symptomer eller psykosesymptomer som spontant har gått over av seg selv?
- Har personen nære familiemedlemmer med alvorlig psykisk lidelse, samtidig som personen selv i løpet av det siste året har hatt et betydelig psykososialt funksjonsfall?

Hvis svaret er ja på ett av disse spørsmålene, vurderer vi det som mulig at personen er i risikozonen, og at en nærmere vurdering av vedkommendes psykiske tilstand bør foretas. Da er det blant annet viktig å få tak i hvor lenge vanskene har vart, hvor ofte symptomene er til stede, hvordan de oppleves, om det er plagsomt, hvordan personen forklarer opplevelsen og i hvilken grad opplevelsene påvirker atferd.

Viser kartleggingen omfattende vansker og funksjonsfall, går vi ofte videre med en mer systematisk utredning. Vi har god erfaring med å bruke SIPS-intervjuet (the Structured Interview for Prodromal Symptoms and Scale of Prodromal Symptoms), som kartlegger hvorvidt en person tilfredsstillende kriteriene for en av de tre syndromgruppene som er nevnt innledningsvis, og dermed har høy risiko for å utvikle psykose innen kort tid. SIPS er oversatt til norsk og tar 1–2 timer å gjennomføre (Arntzen og Moen, 2002).

Den kliniske samtalen er også viktig i arbeidet med å innhente informasjon og vurdere vedkommendes kliniske tilstand. Ofte er det i tillegg hensiktsmessig å innhente informasjon fra foreldre eller andre som står personen nær. Dersom utredningen viser symptomer på mulig psykoseutvikling, vil vi som regel gå videre med en bredere utredning som omfatter psykologiske, sosiale og medisinske aspekter. En slik utredning er ikke minst viktig for å utvikle behandlingstiltak som så kan tilbys pasienten.

### **Hvordan informere?**

Et omdiskutert tema er hvordan man bør formidle at en person ser ut til å ha høy risiko for psykoseutvikling. Med andre ord: hvordan informere om en lidelse personen enda ikke har, og heller ikke nødvendigvis utvikler? Vi mener det er feil å holde slik informasjon tilbake, særlig fordi personens forståelse av sin egen tilstand er viktig for å mestre sine symptomer og den aktuelle situasjonen. Samtidig må budskapet gis på en måte som ikke stigmatiserer pasienten. Det er viktig å formidle at høy risiko ikke nødvendigvis betyr at psykose utvikler seg. Vedkommende bør også få informasjon om at det kan være andre mulige forklaringer på symptomene, for eksempel depresjon, angst eller en psykisk krisereaksjon. Og ikke minst bør pasienten få informasjon om hvordan forverring av symptomer kan forebygges eller forhindres, med særlig vektlegging av hvordan rus og stress kan spille inn.

### **Hva er god behandling?**

Mennesker med symptomer på mulig psykoseutvikling har et stort lidelses- og symptomtrykk og er hjelptrengende. Det eksisterer imidlertid lite forskningsmessig

belegg om hvordan deres behandlingsbehov best ivaretas. Kun fire randomiserte studier har undersøkt effekten av behandling. Tre av disse viser at psykologisk behandling kan utsette tidspunktet for når psykosen inntreffer, og slik gi økt funksjon og livskvalitet (McGorry et al., 2002; Nordentoft et al., 2006; Morrison et al., 2007). Om psykologisk behandling også kan forhindre psykose, vet vi ikke per i dag, men den sistnevnte studien indikerer at det kan være mulig. Den fjerde studien så på effekten av medikamentell behandling på symptomene, men fant ingen signifikant forskjell mellom de som fikk antipsykotisk medikasjon, og de som ikke fikk det (McGlashan et al., 2006). I løpet av de siste årene er det igangsatt flere forskningsprosjekter som forhåpentlig gir kunnskap om hvordan behandling påvirker forløpet hos disse personene (blant annet PRIME-studien i USA/Canada og EDDIE 2 i England).

I mangel av entydige kliniske retningslinjer er behandlingstilbudet per i dag tuftet på de kliniske retningslinjene for pasienter med førsteepisode-psykose. Blant annet står det at behandlingen bør være individuelt tilpasset, men omfatte individualterapi, familiesamarbeid, psykososiale tiltak og medikamentell behandling (Statens helsetilsyn, 2000). Siden pasienter i risikozonen ikke har en psykose, er ikke antipsykotisk medikasjon en sentral del av behandlingstilbudet. Dette er i tråd med internasjonale anbefalinger som sier at man bør vise varsomhet med å tilby antipsykotisk medisin til disse pasientene.

### **«Økt kunnskap om tidlige tegn på psykose i befolkningen, og lav terskel for henvisning, bidrar til at pasienter kommer tidligere til behandling»**

Ved TIPS Asker og Bærum vektlegges psykologisk behandling, familiesamarbeid og samarbeid med nettverket. Målet er å øke forståelsen av symptomer og styrke mestringen, for slik å redusere sårbarheten for å utvikle mer alvorlige symptomer. Ambivalens, skepsis og usikkerhet går igjen blant disse pasientene, og mange kommer fordi foreldre eller andre er bekymret, ikke fordi de selv ser behov for hjelp. En stor utfordring har derfor vært å lage et tilbud som gjør at ungdommene utvikler tillit til og får tro på hjelpen som tilbys. I starten legges det vekt på å etablere en god kontakt slik at de ser nytten av å møte opp til videre avtaler. Dette krever et språk pasienten forstår, og evne til å gripe fatt i deres egne opplevelser og bekymringer. Vi tar derfor utgangspunkt i de problemene pasientene selv ønsker hjelp til, uavhengig av om de er «psykiske» eller av mer praktisk art. Det er også viktig å gi informasjon og opplæring om symptomer, for slik å normalisere psykiske reaksjoner.

Siden de fleste pasientene fortsatt bor hjemme, legger vi vekt på å få til et samarbeid med foreldrene tidlig i behandlingen. Familien blir stilt overfor store utfordringer når et ungt familiemedlem utvikler psykiske symptomer. Noen familier opplever dette som svært kritisk. I begynnelsen av behandlingskontakten er derfor ofte krisemestring

sentralt. Etter hvert er psykoedukasjon viktig for at foreldrene bedre kan forstå og håndtere ungdommens vansker og symptomer.

## Avsluttende refleksjon

Da vi startet opp i 2002, hadde så å si ingen i Norge systematiske erfaringer med å tilby behandling til ungdommer som har symptomer på mulig psykoseutvikling. I deler av hjelpeapparatet var det knyttet bekymringer til det å rekruttere ungdom til en behandling de kanskje ikke trenger. Kritikerne hevdet at siden over halvparten av de som er i risikozonen, likevel ikke utvikler psykose, så vil det være etisk galt å stigmatisere denne gruppen. Hvis disse ungdommene var uten psykiske vansker og behandlingstilbudet bestod kun av medikamentell behandling, ville jeg være enig. Men erfaringene viser at ungdom som er i risiko, foruten nærpsykotiske symptomer også har andre psykiske vansker som angst og depresjon. Dette gir et høyt symptomtrykk og krever profesjonell hjelp. Ved å tilby disse ungdommene og deres familie psykososial og psykologisk behandling tror jeg at vi i tillegg til å redusere psykiske symptomer også har bidratt til å utsette og i beste fall forhindre at det utvikler seg til en psykoselidelse.

Marit Grande

Oslo Universitetssykehus – Ullevål

Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser

TIPS Sør-Øst

0369 OsloE-post [marit.grande@uus.no](mailto:marit.grande@uus.no)

Tlf. 905 87 569

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 6, 2009, side 576-579*

### TEKST

Marit Grande

+ Vis referanser

### Referanser

Arntzen, B. & Moen, T. (2002). Strukturert intervju for prodromalsymptomer. Norsk utgave. Copyright © 2001 Thomas H. McGlashan, MD

McGlashan, T.H., Zipursky, R.B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S.W., Hawkins, K.a., Hoffman, R.E., Preda, A., Epstein, I., Addington, D., Lindborg, S., Trzaskoma, Q., Tohen, M. & Breier, A. (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 163, 790-799

McGorry, P.D., Yung, A., Phillips, L.J., Yuen, H.P., Francey, S., Cosgrave, E.M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adland, S. & Jackson, H. (2002). Randomised controlled trial of intervention designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928

Morrison, A.P., French, P., Parker, S., Roberts., M., Stevens. H., Bentall, R.P. & Lewis., S.W. (2007). Three-year follow-up and a randomised controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (3), 682-687

Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Melau, M., Christensen, T.Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. & Jeppesen, P. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83, 29-40

Statens Helsetilsyn (2000). Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni. Utredningsserien 9:2000

Yung, A., Phillips, L.J., McGorry, P.D, McFarlane, C.A. Francey, S., Harrigan, S., Patton, G.C. & Jackson, H.J. (1998). Prediction of psychosis: a step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (supplement 33), 14-20