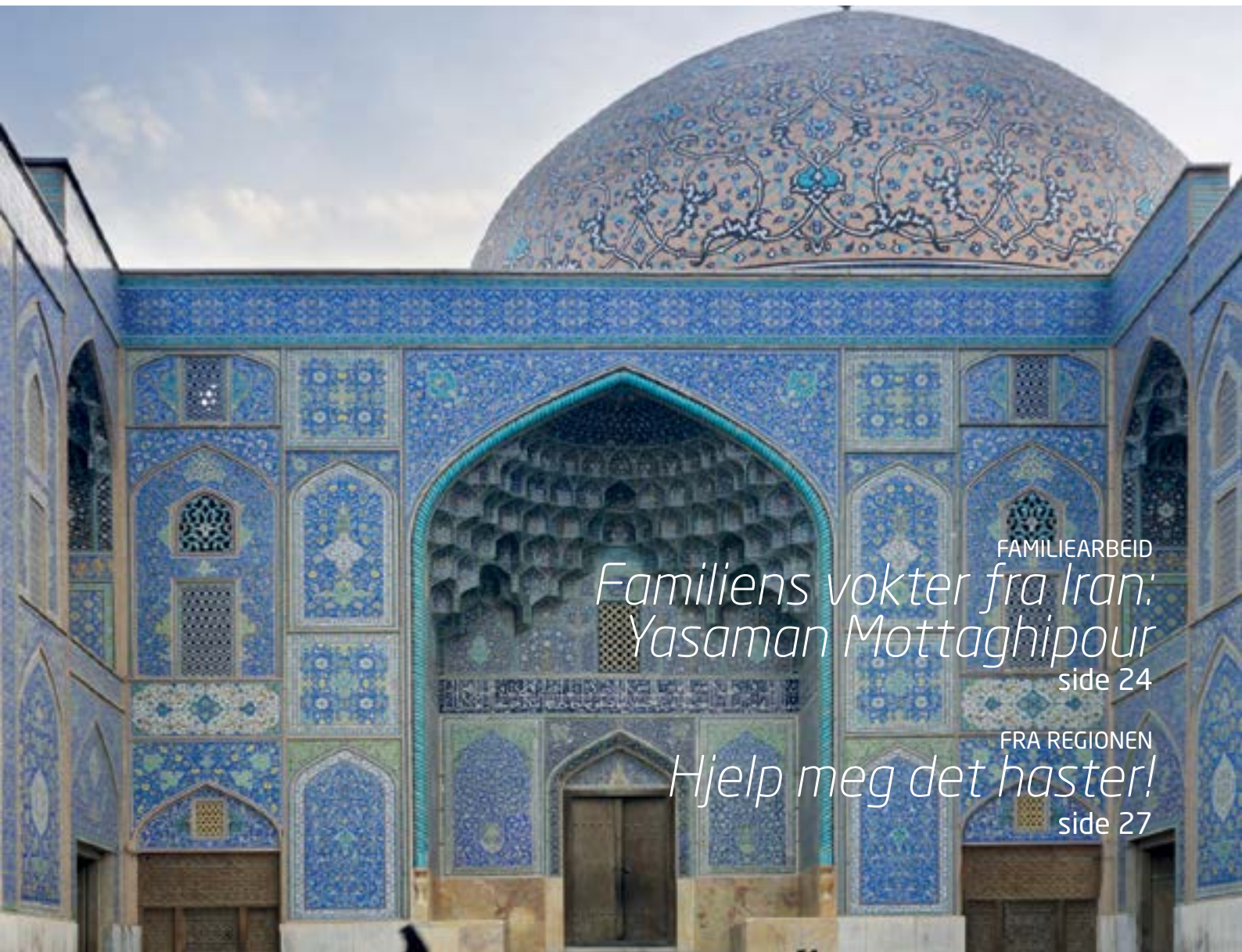


TIPS

Sør-Øst

# NyhetsTIPS

Tidsskrift for tidlig intervensjon ved psykoser



FAMILIEARBEID

*Familiens vokter fra Iran;  
Yasaman Mottaghipour*

side 24

FRA REGIONEN

*Hjelp meg det haster!*

side 27

NyhetsTIPS utgis av TIPS Sør-Øst – Regional kompetansetjeneste for tidlig intervensjon ved psykose, og kommer ut to ganger i året. NyhetsTIPS kan også lastes ned fra våre nettsider

Ansvarlig redaktør: Kristin Lie Romm, konstituert leder TIPS Sør-Øst  
Redaktør: Kristine Gjermundsen, kommunikasjonsrådgiver TIPS Sør-Øst  
Grafisk utforming: Lene Nyborg Jensen  
Forsidebilde: Istockphoto  
Trykk: Konsis  
Opplag: 1500  
Nr. 1 2015  
ISSN: 1891-3210

#### Bidragstere i dette nummeret:

*Eivind Andersen*, Førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for Humaniora og Utdanningsvitenskap

*Hilde Kristin Aam*, TIPS konsulent Sykehuset Innlandet

*Akiah Ottesen Berg*, psykolog, post.doc Norment - K-G. Jebsen Centre for Psychosis research

*John Engh*, overlege, PhD, Prosjektleder EPHAPS – Effects of Physical Activity in Psychosis

Nordre Vestfold DPS, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold,

*Anne Fjell*, spesialrådgiver for familiearbeid, TIPS Sør-Øst

*Kristine Gjermundsen*, kommunikasjonsrådgiver, TIPS Sør-Øst

*Marit Grande*, psykologspesialist, TIPS Sør-Øst

*Inger Stølan Hymen*, spesialrådgiver for familiearbeid, TIPS Sør-Øst

*Kjersti Karlsen*, psykologspesialist, TIPS Sør-Øst

*Martine de Lange*, skribent

*Kristin Lie Romm*, Overlege/ konst. leder, TIPS Sør-Øst

*Tor Gunnar Værnes*, psykologspesialist/stipendiat TIPS Sør-Øst

TIPS Sør-Øst er en kompetansetjeneste i helseregionen Sør-Øst som har fokus på tidlig oppdagelse og intervensjon ved psykose. Kompetansetjenesten skal bidra til at pasienter med førstegangspsykose i helseregionen får tilbud om en systematisk utredning og best mulig behandling.

TIPS Sør-Øst har ansvar for å bygge et kompetansenettverk for psykoser i Helse Sør-Øst med knutepunkter ved helseforetak i regionen. Vi skal være kjernen i dette faglige kompetansenettverket.

**Vi mottar gjerne bidrag til NyhetsTIPS. Kontakt oss dersom du har en aktuell sak.**

#### Kontaktinformasjon:

TIPS Sør-Øst – Regional kompetansetjeneste for tidlig intervensjon ved psykose

Fridtjof Nansens vei 12A | 0369 Oslo

Tlf: 22 93 10 02 | E-post: [tipss@ous-hf.no](mailto:tipss@ous-hf.no) | Hjemmeside: [tips-kompetansesenter.no](http://tips-kompetansesenter.no)

# INNHold

---



- 04 **LEDER**  
**NYTT FRA TIPS SØR-ØST**  
06 Ny ledelse  
07 Er ikke din mening viktig?  
10 KAT i BUP



- ERFARINGSKOMPETANSE**  
11 Er det verdt å åpne seg for hjelpere man vet vil bli borte?

- FORSKNING**  
14 Psykoterapeutisk behandling av høyrisikogrupper  
20 Hvordan virker aerob høyintensiv trening inn på psykisk helse og nevrokognisjon hos pasienter med schizofreni?



- FAMILIEARBEID**  
24 Yasaman Mottaghipour – Familiens vokter fra Iran

- FRA REGIONEN**  
27 Hjelp meg, det haster!  
29 Kunnskapsbasert familiearbeid på Notodden  
32 Vi må nå kommunalt ansatte og fastlegene!  
36 Å bli bedre til å føre samtaler



- TEMA: DEPERSONALISERING OG DEREALISERING**  
38 “Jeg ser jo at det er meg i speilet, men det føles ikke slik...”

- 44 **ISPS NEW YORK**

- TIPS - GUIDEN**  
51 Vi kan hjelpe mange flere med ny teknologi!

# LEDER

*“A good health system delivers quality services to all people, when and where they need them”*

WHO

Kanskje ikke så vanskelig å si seg enig i. Problemet er da heller ikke ideen, men gjennomføringen. Vi vet at det er viktig å komme til med rett behandling tidligst mulig. Dette gjelder de fleste lidelser, også psykiatriske. Når det gjelder psykose vet vi at det å komme tidlig til har stor betydning når det gjelder prognose. Forsinkelser medfører store omkostninger for den det gjelder, familien og samfunnet forøvrig. Likevel har vi problemer med å yte nettopp det WHO forventer av oss.

Helsevesenet er under store omveltninger. Det omorganiseres over en lav sko. Dette kan selvfølgelig få den sindigste til å gå ut av sitt gode skinn. På den andre siden skal vi ikke glemme at et system i bevegelse er et system som er mottagelig for endringer, også til det bedre. Det er nye tanker på markedet når det gjelder helsetjenester for mennesker med en tidlig psykoselidelse. I TIPS Sør-øst jobber vi for tiden med et tjenestedesignprosjekt, «Hjelp meg, det haster». Tjenestedesign er en ny metode som kan bidra til å organisere helsetjenester på en bedre måte. Vi har skrevet en liten sak om dette i herværende nummer. Også internasjonalt jobbes det for å komme frem til nye løsninger på behovet for psykiatriske tjenester til unge mennesker. I den forbindelse vil jeg benytte denne lederen til å rette fokus på den kommende nasjonale TIPS-konferansen 10 og 11 september i Oslo.

Det er et svært spennende program denne gangen med vektlegging av NYHETER innen psykosebehandling. Vi har flere store kapasiteter på plass og har vektlagt både organisering av tjenester og nye måter å tenke behandling på.

Først ute er australske professor Ian Hickie, mannen bak Headspace. Dette er et offentlig finansiert, australsk konsept som nå har spredd seg til mange land. Jeg anbefaler å besøke nettstedet deres for å se hvordan man kan organisere antistigmatiserende tjenester for unge mennesker som sliter. I årevis har han kjempet for bedre, mer innovative og kontinuerlige tjenester for ungdom med alvorlig psykisk lidelse. Han regnes som en av verdens største kapasiteter innen dette feltet og har forsket mye på pasienters opplevelse av helsevesenet.

Videre har vi satt fokus på den rivende utviklingen som skjer når det gjelder nettbaserte tilbud inne psykisk helse. TIPS-konferansen vil presentere et nytt lovende e-læringsprogram som er utviklet i England av miljøet rundt Professor Fiona Lobban. Det har gitt svært lovende resultater og skal forhåpentligvis testes ut her i Norge. Dette er et supplement til det tradisjonelle familiearbeidet, og kan også brukes som et tilbud der pasienten ikke ønsker at familien involveres i behandlingen. Gjennomføringen av programmet gir disse familiene en mulighet til å lære om psykose og håndteringen av dette på et generelt grunnlag. Videre vil vi presentere Tina Norgren med sitt e-læringsprogram for angst og depresjon. Dette



har vist seg like effektivt som vanlig terapi, men mer tidsbesparende for helsevesenet – som igjen betyr at vi kan hjelpe flere.

Til sist vil jeg trekke frem Lex Wunderink. Jeg vet det er mange som lurer på hvor farlig det er å stå på antipsykotika over tid. Det er verd å merke seg Wunderink i denne sammenhengen. Hans gruppe er en av de få som har undersøkt langtidseffekten av antipsykotika. Funnene har vakt stor oppsikt. Det er mulig antipsykotika som langtidsbehandling kan ha større negative følger enn tidligere antatt. Vil du være oppdatert på hva som er god medisinering innen psykosefeltet, bør du få med deg dette.

Oppsummert skjer det ting innen vårt fagfelt som vekker interesse og sporer til nytenkning og debatt. Jeg tror vi går spennende tider i møte om vi åpner opp for impulser utenfra og trekker nye tanker med oss inn i det evige omorganiseringsarbeidet. DET, har nemlig kommet for å bli!

Kristin L. Romm



### Ny ledelse ved kompetansetjenesten

Ved TIPS Sør-Øst er psykiater/ PhD Kristin L Romm konstituert i rollen som leder etter professor Jan Ivar Røssberg. Lederstillingen er lyst ut og ansettelsesprosessen er i gang. Romm har lang erfaring fra psykosefeltet og har jobbet som lege i spesialisering innen psykiatrien både i København og Oslo. Hun har arbeidet både som forsker og kliniker fra 2006-2012 ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet, OUS. Hennes PhD avhandling var over temaet ”Depression, social anxiety and self-esteem in first episode psychosis”. Hun har også vært aktiv som behandler innen forskning på kognitiv terapi ved psykoser.

### Vi streamer!

Etter en del barnesykdommer er vi endelig ordentlig i gang med strømmetjenesten vår slik at vi kan dele fagseminarer direkte til det ganske land over internett. Vi annonserer direkteendingene våre både på nettsiden vår, via nyhetsbrevet vårt og via Twitter. Dette betyr at du kan se blant annet FagTIPS seminarer våre på en PC eller en annen elektronisk enhet nær deg. Vi oppfordrer alle som ikke har anledning til å komme til Majorstua til å benytte seg av denne tjenesten. Kanskje kan du samle enheten din for en felles stund på storskjerm, kanskje med en god diskusjon i etterkant? God fornøyelse!



### Sørlandet Sykehus mister sin TIPS konsulent

TIPS konsulent Andreas Eidem fikk en relativ kort stund på TIPS Sør-Øst laget, og har gått videre til nye utfordringer i arbeidslivet. Vi takker Andreas for innsatsen og ønsker ham lykke til videre. Det er foreløpig uklart om når det blir engasjert ny TIPS-Fkonsulent ved Sørlandet Sykehus.



Foto privat: Kristin L Romm

### Etablering av referansegruppe ved TIPS Sør-Øst

I Helse Sør-Øst skal regionale kompetansetjenester ha en referansegruppe. Gruppen skal bestå av minimum en representant fra aktuelt fagmiljø innen spesialisthelsetjenesten i hvert sykehusområde, to brukerrepresentanter, to representanter fra kommunene og fra høyskole/universitet. Referansegruppen er ansvarlig for å bidra til det faglige innholdet i kompetansetjenestene, gjennom å sikre rådgivning fra andre fagmiljøer. Referansegruppen skal bidra til å:

- sikre at kompetansetjenestene blir en ressurs for alle sykehusområder i Helse Sør-Øst.
- utvikle ideer om fagutvikling og forskningsprosjekter.
- gi råd om formidlingsstrategier.

Representanter til gruppen er invitert inn, og den begynner nå å bli fulltallig. Første møte med referansegruppen blir høsten 2015, og vi ser frem til å få gode innspill på vår videre drift som tjeneste for helseregionen vår.

## Er ikke din mening viktig?

*Gap-undersøkelse + forbedringsarbeid = Bedre for pasienten. Bedre for deg.*

Gap undersøkelse? Hva er det, tenker du kanskje? Skal vi virkelig bruke mer av vår knappe tid som helsearbeidere på å svare på nok en (meningsløs) spørreundersøkelse? Kanskje ikke. Men vet du egentlig hva en gap undersøkelse er?

Av Kristine Gjermundsen

En gap-undersøkelse er en spørreundersøkelse der man kan måle faktisk (klinisk) praksis opp i mot for eksempel anbefalt praksis i en retningslinje. TIPS Sør-Øst har utviklet en elektronisk gap undersøkelse som måler praksis opp mot retningslinjer for psykosebehandling. Og hva skal man så gjøre med det? Hvis man tenker seg at det er et (stort) gap mellom den behandlingen en pasient får, og det som er den kunnskapsbaserte behandlingsanbefalingen, så vil vi alle tenke at dette er det lurt å gjøre noe med? Særlig for pasientenes skyld? Men også for deg som kliniker. Da kan nemlig svarene du som kliniker gir, være med på å peke ut retningen for hva som må gjøres for at nettopp dine pasienter skal få bedre utredning og behandling. Og hvordan skal vi kunne forbedre oss, dersom vi ikke vet hva vi gjør? Din mening om dette blir derfor viktig. Du har faktisk en anledning til å bli hørt.

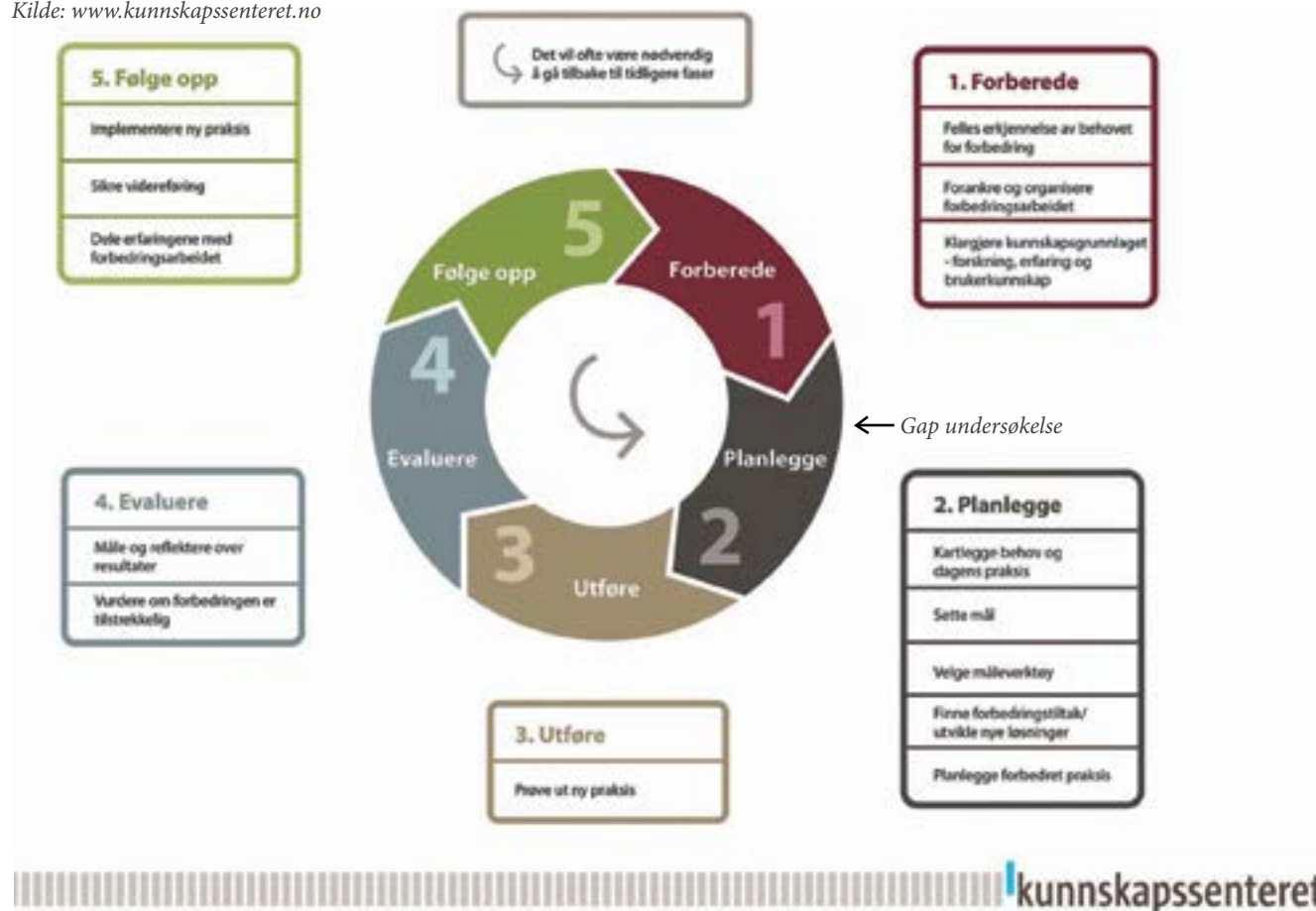
### Sjefen ser deg?

Det er lett å tenke og ikke minst føle at det å skulle svare på en spørreundersøkelse om hva du som kliniker gjør i møte med pasientene, kan være litt ubehagelig. Vi er engstelige for ikke å være gode nok, og for å bli ”avslørt” eller å føle dårlig samvittighet.

Noe av utfordringen ved å få til et forbedringsarbeid, for eksempel ved hjelp av en gap undersøkelse, vet vi kan henge sammen med en opplevelse av å skulle bli sett i kortene. Men det er da engang slik at vi som helsearbeidere ikke alltid kan gjøre som vi vil eller har lyst til. Hvis det er kunnskapsbasert dokumentasjon på at det er best å behandle en medisinsk tilstand med en operasjon, så gir man vel ikke antibiotika, fordi man har lyst? Bare for å sette det litt på spissen. Derfor er det ikke urimelig at en leder har kunnskap om hvilken praksis du og andre benytter i klinisk arbeid. Dette er på ingen måte hemmelig eller privat, dersom du jobber i offentlig helsetjeneste. Det er rimelig og nødvendig at ledere vet hvilken praksis som blir utøvet i sine enheter. Det er også viktig for ledere og ansatte å kjenne til hva som er eventuelle barrierer for utøvelse av god praksis. Eller kanskje er det nettopp god praksis som utøves ved ditt arbeidssted? En gap-undersøkelse er et godt verktøy for å kartlegge dette. Du har også en plikt til å si din mening.

### Det handler om pasientene våre

Asker DPS har nylig gjennomført en gap-undersøkelse som en pilotering for TIPS Sør-Øst, og dette har gitt oss mye nyttig kunnskap om hvordan man kan gjøre



dette arbeidet. Deres erfaring fra gjennomføringen av selve spørreundersøkelsen har vært varierte, men svarprosenten har vært tilfredsstillende fra de ansatte. Det som kommer fram av denne gap piloteringen er at det ser ut til at gapet mellom praksis og anbefalinger i psykoseretningslinjene overordnet sett er ganske lite hos Asker DPS. Det vil si at det er rimelig å tro at pasientene her jevnt over får en utredning og behandling som langt på vei er

helt i tråd med anbefalingene. Dette er gode nyheter for både ledere, klinikere, pasienter og pårørende. Asker DPS kan nå si at de jobber tett opp til den anbefalte, kunnskapsbaserte praksisen. Så kan de likevel, ut i fra undersøkelsen, identifisere noen forbedringsområder som de ønsker å ta tak i. Det er nå selve forbedringsarbeidet begynner. Kanskje kan man også med fordel samarbeide med pasienter i slike forbedringsprosesser, slik at man hele tiden arbeider



Les, se og hør mer om gap undersøkelser og erfaringer med forbedringsarbeid:

[www.tips-kompetansesenter.no](http://www.tips-kompetansesenter.no)

(Fane: Verktøykasse for leder og kliniker)

[www.rop.no](http://www.rop.no) (Fane: Verktøykasse for ledere)

[www.kvalitetsforbedring.no](http://www.kvalitetsforbedring.no)

Undervisningsfilmer og kvalitetsarbeid fra Kunnskapssenteret:

Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring:

<https://vimeo.com/84293073>

Forberedelser: <https://vimeo.com/84934144>

Planleggingsfase: <https://vimeo.com/84947516>

tett på dem som skal benytte seg av tilbudene? Det er jo dem dette handler om. Mulighetene er mange.

### Både ledere og ansatte må ta ansvar

Man kan tenke seg at det blir gevinster av slikt: Klinikere blir hørt og sett, ledere får innsikt i tingenes tilstand og kan således sette i gang tiltak, og pasientene vil få et bedre helsetilbud. Men det er selvsagt helt avhengig av at hele forbedringsprosessen gjøres, og man må være tydelige på at gap undersøkelsen kun er det første skrittet på veien. Når klinikerne har bidratt med sine besvarelser er det helt avgjørende at leder organiserer arbeidet videre, og involverer ansatte i dette. Svarene fra gap-undersøkelsen trives veldig dårlig i en skuff eller kun som en fin fortelling om hvor flink man er. Det krever litt arbeid å bli enige om hva som skal prioriteres, og det må lages en plan for gjennomføring av de tiltakene man ønsker å gjøre. Hvilke endringer vil være faktiske forbedringer? De endringer som støtter vedvarende forbedringer må man standardisere og følge opp. For å se resultater må man handle, som kjent. Det som er fint er at man

veldig enkelt kan gjøre en ny gap-undersøkelse, la oss si etter ett år, for å se om tiltakene har hatt effekt. Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring illustrerer her virksomme elementer i prosessen med forbedringsarbeid.

### Nesten gratis!

Gap undersøkelser er et veldig enkelt verktøy å benytte som en del av prosessen med forbedringsarbeid av klinisk praksis. Det trenger heller ikke å koste særlig mye. Selve undersøkelsen som TIPS Sør-Øst har laget er tilgjengelig som et gratis, elektronisk verktøy. I tillegg kan vi bidra med råd og vink i forhold til hva som er lurt å tenke på i forkant av selve gjennomføringen, og vi vet også litt om hvordan det kan være hensiktsmessig å legge til rette for forbedringsarbeidet etterpå. Du kan lese mer om tilbudet vårt når det gjelder gap-undersøkelser på nettsidene våre. Ta gjerne kontakt med oss dersom dette er noe du er interessert i å høre mer om.

## KAT i BUP

Av Marit Grande og Kjersti Karlsen

Etter flere år med ulike former for kursing og utdanning i kognitiv terapi ved psykoser her ved TIPS Sør-Øst, har vi nå lyst til å utvide dette tilbudet. Så langt har kursene i kognitiv atferdsterapi dreid seg om behandling av voksne pasienter med psykose og psykoselignende symptomer. Både seks-dagers kursene og den to-årige utdanningen har dette fokuset. Med økende visshet om at mange ungdommer har psykoselignende tilstander eller psykose, er det nødvendig å tilpasse behandlingstilbudet til denne aldersgruppen.

Det som utgjør en forskjell fra voksenfeltet, er at det er gjort få studier og utarbeidet liten grad av materiell spesielt rettet mot kognitiv terapi for ungdom med psykose og psykoselignende tilstander. Her må det derfor drives fagutvikling parallelt med kompetansebygging.

Rundt i BUPene i vårt helseforetak sitter det mange ildsjeler som ønsker å bidra til denne fagutviklingen. Gjennom et par års tid har det vært en egen liten veiledningsgruppe her ved TIPS Sør-Øst som vi har kalt KAT i BUP. Engasjementet i denne gruppen har ført til planer om oppstart av en kursrekke i kognitiv terapi ved psykoser og psykoselignende tilstander i BUP. Kursrekken er planlagt som et seks-dagers kurs hvor grunnprinsippene i KAT ved psykose gjennomgås og kobles opp mot forhold man må ta spesielt hensyn til i arbeidet med unge.



Foto: Istockphoto

Første kursrekke planlegges i Vestre Viken med oppstart i 2016. Her har BUP-ledelsen ønsket en slik satsning. Vi ønsker at dyktige fagpersoner i BUP fra ulike helseforetak går sammen om undervisningen. På denne måten vil vi kunne bygge opp en pool av dyktige foredragsholdere med klinisk erfaring fra feltet. Denne oppbyggingen er hensiktsmessig siden kompetansen som trengs for å avvikle kurset er spredd på flere sykehus. Denne gangen er det Vestre Viken som får tilbudet – neste gang et annet sykehus. På denne måten ønsker vi å bidra til fagutvikling og implementering, og på sikt kan vi også se for oss oppstart av prosjekter på utprøving av nye behandlingstiltak innen et felt som så lang har vært viet liten oppmerksomhet.

## Er det verdt å åpne seg for hjelpere man vet vil bli borte?

Av Martine de Lange

Vi lever i en verden der mennesker kommer og går, jeg vet det. Jeg vet at mange relasjoner man har i livet en gang vil ta slutt, og jeg vet at de som er ansatt for å hjelpe meg kun er der for en begrenset periode. Det jeg derimot ikke vet er hvordan jeg skal forholde meg til det. Det kan til tider være veldig vanskelig. Det kan føles vondt og tomt, og det kan oppleves som svært utrygt. Det vet jeg alt om, det er nemlig akkurat slik jeg har det nå. Jeg har akkurat avsluttet en relasjon som har vært veldig bra for meg. Det er rart å tenke på at jeg ikke skal snakke med henne mer. Det er vondt å miste.

Jeg har snakket med en psykiatrisk sykepleier fra spesialisthelsetjenesten hver uke i rundt fem og et

halvt år. Vi har hatt mange dype, fine samtaler, og jeg har delt de fleste tankene mine med henne. For meg har samtalene med henne vært veldig viktige. Hun har vært viktig, og jeg er gruer meg til å skulle takle vanskelige tider, tanker og utfordringer uten henne å snakke med. Jeg har alltid hatt problemer med å stole på folk rundt meg, og som vanlig tok det meg lang tid å bli kjent med henne også. I "bli kjent" fasen var hun hos meg to ganger i uka for at det skulle gå fortere å bli kjent og gjøre meg trygg. Da jeg møtte henne første gang var jeg veldig redd for henne. Jeg møtte henne første gang sammen med ei jeg kjente og var trygg på som jobba på avdelinga jeg var innlagt på. Jeg husker ikke hvor vi skulle, men vi satt i en bil og denne fremmede psykiatriske sykepleieren kjørte. Jeg var redd. Hele kjøreturen gikk med på å frykte for livet. Jeg fikk for meg at hun skulle kidnappe både meg og hun jeg kjente fra avdelinga. Det endte selvfølgelig bra, men jeg følte meg allikevel ikke trygg. Jeg skulle tross alt treffe denne skumle dama igjen, og da skulle jeg treffe henne etter utskrivelse, helt alene!

Jeg husker hvordan jeg så vidt lirket opp døra og kikket forsiktig ut på henne gjennom sprekken da hun ringte på de første gangene. Jeg visste jeg var forventet å åpne, og pliktoppfyllende som jeg var gjorde jeg det. Stiv av skrekk og med hjertet i halsen slapp jeg henne inn. Jeg følte meg liten og pysete da, men når jeg tenker tilbake på det syns jeg at jeg var utrolig tøff som faktisk trosset redselen og slapp henne inn. Jeg hadde ikke veldig tro på at det skulle hjelpe meg å prate med henne og jeg



Foto: Istockphoto

følte meg langt i fra sikker på at det egentlig var målet hennes heller. Men jeg hadde en snev av håp og ga det en sjanse, noe jeg i ettertid har vært veldig glad for. Hun var kanskje den behandleren utenfor institusjon jeg brukte lengst tid på å bli trygg på, men da jeg først ble det ble jeg til gjengjeld mer trygg på henne enn jeg noen gang ble med de andre. Jeg tror at grunnen til at hun var skummel så lenge var at hun berørte noe i meg på en måte jeg ikke var vant til. Jeg hadde alltid før holdt de fleste på lang avstand følelsesmessig. Jeg var redd for å gi av meg selv og jeg var redd for å knytte meg til noen. Jeg tror at mange av hjelperne jeg hadde før henne, og noen også i senere tid, feilaktig har tatt meg for å være åpen og lett å snakke personlig med. Jeg er en god skuespiller og lærte meg tidlig å snakke om ting som ikke var av stor betydning for meg på en

måte som får behandleren til å tro at det er viktig å snakke om eller jobbe med for at jeg skal bli bedre. Jeg både visste og vet at det er en veldig dum taktikk å lure de som skal hjelpe meg. Jeg vet at behandlingen da er et dødfødt prosjekt. Jeg visste det da også, og forsøkte faktisk å gjøre noe med det, men det ble for vanskelig. Jeg trengte å beskytte meg selv, jeg var livredd for å avslørt som meg selv. Jeg orket ikke tanken på at noen skulle kjenne meg på ordentlig. Det ville gjøre meg for sårbar. Jeg visste jo også da at hjelperne en gang ville bli borte, akkurat som nå.

Jeg spør meg selv om det var verdt det. Jeg åpnet meg fullstendig for henne og ga så godt som alt av mine tanker. Jeg lot henne bli kjent med meg, og jeg følte at jeg kjente henne også, selv om jeg visste at jeg kun kjente jobbversjonen av henne. Jeg forsøkte hele tiden så godt jeg kunne å unngå å knytte meg til henne og bli glad i, men jeg klarte ikke la vær.

Jeg visste i god tid før vi avsluttet at relasjonen snart skulle opphøre, men jeg tok det ikke helt innover meg før datoen var satt. Jeg ble sint på meg selv for at jeg hadde latt henne bety noe for meg, og forsøkte alt jeg kunne å slutte å like henne. Jeg prøvde å lure meg selv til å tro at hun alltid hadde ønsket meg vondt og at jeg derfor var heldig som ble kvitt henne. Virkeligheten føltes for vond og jeg var redd for at jeg ville komme til å savne henne. Jeg fikk rett i den antagelsen, jeg savner henne allerede.

Under avslutningsfasen med henne lovet jeg meg selv å aldri stole på noen på den måten igjen. Jeg tenkte at jeg ikke orket miste flere ganger. Jeg liker ikke å bryte avtaler eller å ikke holde ting jeg har lovet, men denne gangen skal jeg allikevel gjøre det. Jeg må det hvis jeg



Foto: Istockphoto



skal fortsette å bli bedre. Jeg har fremdeles gode folk i hjelpeapparatet rundt meg som ønsker å hjelpe meg videre, og jeg skal gjøre alt jeg kan for å slippe dem helt inn, som med henne. For, ja, kan jeg svare meg selv. Ja, det var verdt det. Det var verdt å åpne meg og ta i mot hjelpen hun ga meg, selv om samtalene nå er borte. Når jeg tenker over hvordan hun har bidratt til min utvikling og kamp mot et bedre liv blir jeg bare mer og mer sikker på akkurat det. For jeg har blitt bedre, livet har blitt bedre. Tanker har blitt sortert og satt i system. Jeg har fått mer oversikt og blitt mye tryggere både på meg selv og andre. Det er vondt å miste, men i forhold til hvor mye relasjonen med henne har gitt meg er det absolutt verdt det!



# Psykoterapeutisk behandling av høyrisikogrupper

Av Akiah Ottesen Berg

Forskning på opplevelser som gir økt risiko for psykose slik som migrasjon og barndomstraume kan gi økt forståelse av viktige mekanismer ved disse lidelsene. Kunnskapen gir også grunnlag for forebyggende arbeid, men har fått liten betydning for behandlingsforskning. Dette er nå i ferd med å endre seg og her gis det en kort beskrivelse av tilrettelagt behandling for psykosepasienter med innvandrerbakgrunn eller samtidig traumelidelse.

## Behandlingsforskning hos innvandrere eller etniske minoriteter

Innvandrere og etniske minoriteter har forhøyet risiko for psykoselidelse [1]. Hvordan krysskulturelle forskjeller skal tas hensyn til i behandlingen er opp til den enkelte behandleren og vi har lite kunnskap om behandlingsnytte hos denne gruppen. De senere årene har det likevel vært noen forsøk på å utvikle tilrettelagt behandling for både innvandrere med psykose og deres familier.

## Kognitiv atferdsterapi (CBT)

CBT har festet seg som en evidensbasert behandling ved psykoselidelse, og kan gi bedring av hørselshallusiose, negative symptomer, depresjon og sosial angst [2], men er ikke krysskulturelt validert. I Storbritannia er det en gruppe som har utviklet kulturelt tilpasset CBT ved psykose ved å inkludere kulturelle årsaksforklaringer og sykdomsforståelse

som en integrert del av behandlingen. En randomisert kontrollert studie (RCT) viste at implementering av denne behandlingsformen førte til mer symptomlette enn annen type behandling for pasienter med minoritetsbakgrunn [3]. Selv om symptomlette ikke vedvarte ved 6 måneders oppfølging, hadde pasienter som hadde vært med på intervensjonen svært lavt frafall og teknikken vurderes som lovende.

## Årsaksforklaringer og forventinger til behandling

Men hvordan utviklet de en kulturelt tilpasset behandlingsintervensjon? Rathod et al. [4] intervjuet pasienter og lekmenn med minoritetsbakgrunn for å samle informasjon om kulturelle holdninger, attribusjon om psykose og vanlig hjelpsøkende atferd hos etniske minoritetsgrupper med bakgrunn fra Afrika eller land i Midtøsten (Pakistan og Bangladesh). De intervjuet til sammen 114 personer inkludert 47 behandlere. Resultatene viste flere alternative årsaksforklaringer hos innvandrerbefolkningen, samt forskjellig forståelse og forventninger til behandlingen. En del av dem som ble intervjuet tenkte at psykose var straff for tidligere feil man hadde gjort. Andre attribuerte symptomene til overnaturlige krefter slik som Djinn<sup>1</sup> eller demoner, eller som en konsekvens av en forbannelse. Flere av de med Afrikansk bakgrunn, både pasienter og lekmenn, trodde symptomene var en konsekvens av misforståelser med politiet; altså at konflikt og misforståelser i kommunikasjon

<sup>1</sup> Djinn: Fra Koran og Muslimske tradisjon, en ånd som kan utgi seg for å være menneske- eller dyreskikkelse og som har overnaturlig evne til å påvirke mennesker.



med politiet kan føre til at en mister kontroll, situasjonen eskalerer og stresset dette medfører gir psykosesyntomer.

Når det gjaldt behandlingen, var dette en gruppe som ønsket mer personlig relasjon til behandleren ved for eksempel at behandler kunne dele noe om seg selv. Det var også et ønske om at tema som rasisme og religion fikk større plass i terapirommet ettersom det ble ansett som en viktig del av livet, sykdommen og behandlingen. Deltakere fra Midtøsten ga spesielt uttrykk for at psykisk lidelse bør håndteres i samarbeid med familien, og derfor er fokus på familiearbeid viktig.

### Familiearbeid

Metaanalyser viser at familiearbeid som intervensjon ved schizofreni har god effekt og minsker risikoen for nye psykoepisodes [5]. Familieintervensjoner kan føre til bedre samarbeid og færre innleggelses, noe som er nødvendig i behandling av innvandrergupper ettersom de har mer tvangsinnleggelses enn andre pasientgrupper her i Norge [6].

Familier i f.eks. Asia har alltid vært involvert i behandling av pårørende med psykoselidelse [7]. Flere studier viser at det er nyttig med familiearbeid både i Asia og Midtøsten, altså områder som er godt representert i den norske innvandringspopulasjonen. Fokus på samarbeid omkring medisiner og samtidig emosjonell og praktisk støtte til familiene fungerer godt i en asiatiske kontekst [8], mens fokus på «expressed emotion» ikke anbefales ettersom teorien har liten krysskulturell validitet [9].

Innvandrere til Europa har gitt uttrykk for at familiens

oppfatning om medisinsk behandling er svært viktig [10], og det er derfor fornuftig å gi pårørende til pasienter med psykose god kunnskap om medisiner og behandlingsalternativer. I en kvalitativ studie fra Sverige viste det seg at utenlandsfødte familier ville tilbringe mer tid sammen med behandleren til deres pårørende med psykoselidelse [11]. De hadde også behov for økt kommunikasjon omkring forskjellige antagelser om psykisk lidelse på tvers av kulturer.

Slik som ved CBT har det vist seg viktig med kulturell tilpasning av familiearbeidet, spesielt i familier som er lite integrert i det nye samfunnet. Det er utviklet en familieintervensjon for latinske innvandrere til USA som i tillegg til fokus på behandlingsengasjement og psykoedukasjon har to møter med fokus på krysskulturell kunnskap [12]. I de møtene blir det beskrevet forskning om schizofreni og kulturelt betinget sykdomsforståelse og mestringsstrategier. Familiene som var med på intervensjonen beskrev økt kunnskap om lidelsen, mer varme ovenfor familiemedlemmet som hadde psykoselidelse, mer innsikt i egen kultur og egne styrker, mer aksept for lidelsen og mindre stigmatiske holdninger. De følte seg myndiggjort (empowered) og at de nå var forberedt på fremtiden og visste hvordan de skulle gå fram for å kontakte hjelpeapparatet ved eventuelle tilbakefall. Denne studien viser at det er nyttig å utvikle mer kulturell tilpasset familieintervensjoner også i Norden, som vil kunne føre til økt samarbeid, bedring hos pasienten og økt integrering.

### Behandlingsforskning ved samtidig psykose og traumelidelse

Det er høy prevalens av barndomstraumer hos pasienter med psykoselidelse [13], og det gir økt risiko

for psykose [14] og mer alvorlige psykosesymptomer [15]. Det er også mange med psykose som har samtidig PTSD. Der prevalensen i den generelle befolkningen er på 0.3 % til 6.1 % [16] er det 10 – 43 % hos mennesker med psykose [17].

Det anbefales at spørsmål om traume bør inngå i vurdering av pasienter som en del av utredningen, og at det er viktig å hjelpe pasienten å bearbeide traumatiske erfaringer som har oppstått i forbindelse med psykoseerfaringen. Likevel er ikke behandling av traumatiske erfaringer en integrert del av psykosebehandling per i dag. Når de blir spurt sier behandlere at de synes traumebehandling er viktig, men unngår det på grunn av frykt for symptomforverring, re-traumatisering, eller økt suicid fare. Flere har også en opplevelse av at de mangler kompetanse og/eller mangler tro på at traumebehandling vil kunne hjelpe [18]. Det er ikke så rart ettersom vi har hatt lite kunnskap om effekten av traumebehandling hos pasienter med psykose. Nyere forskning viser at fokus på behandling av samtidig traume og psykoselidelser er både relevant og forsvarlig.

### Behandling av PTSD

I en liten studie ble pasienter med kronisk schizofreni og PTSD behandlet først med psykoedukasjon om traumesymptomer i gruppe og deretter gjennom åtte timer individuell eksponeringsterapi [19]. Ti av de 13 pasientene som fullførte viste fullstendig remisjon av PTSD symptomer som var stabil tre måneder etter behandlingsslutt. Det var et betydelig frafall på 35 % fra den psykoedukative gruppen, men alle som begynte på eksponeringsbehandling fullførte.

Det er senere gjennomført en pilotstudie for å undersøke om EMDR (Eye Movement and Desensitization and Reprocessing) gir bedring hos mennesker med langvarig psykosetilstand [18]. Deltakerne (gjennomsnittsalder 45 år) hadde vært syke i gjennomsnitt 13 år, og etter seks timer EMDR var det bedring av depresjon, angst og økt selvtillit. De hadde 52 % reduksjon i PTSD symptomer og rapporterte om at de var mindre plaget av vrangforestillinger og hallusinose. Faktisk hadde fem av de åtte som gjennomførte fullstendig remisjon av psykosesymptomer. På bakgrunn av disse lovende resultatene ble det gjennomført en RCT som bekreftet at både EMDR og forlenget eksponering ga signifikant mer reduksjon i PTSD symptomer enn vanlig behandling [20]. Det var flere deltakere som ikke lenger oppfylte kriteriet for PTSD etter endt eksponeringsbehandling, og bedringen var fortsatt til stede seks måneder etter behandlingsslutt. Flere av disse studiene er gjort på eldre pasientgrupper og det er behov for forskning på pasienter tidligere i forløpet.

### Stabiliserende behandling

Det er en del støtte i forskningen for at vedvarende og omfattende barndomstraume kan gi en mer kompleks PTSD tilstand. Dette innebærer symptomer utover det vi finner ved PTSD i dagens diagnosesystem og kan innbefatte vansker med affektregulering, fysiologisk regulering, relasjonelle vansker og dissosiativ problematikk [21]. Det er en utfordring å gi god behandling for samtidig psykose og komplekse traumesymptomer. Det er nå en gruppe i Australia som har utviklet et behandlingstilbud for pasienter med førstegangpsykose som også har kompleks PTSD eller alvorlig dissosiative symptomer (se presentasjon: <http://iepa-vcl.eppic.org.au/content/>

tripp-trauma-informed-psychotherapy-psychosis). Behandlingsmodellen (TRIPP) tar utgangspunkt i stabiliserende gruppebehandling ved kompleks traumelidelse [se for eksempel 22], og har tilrettelagt materiale til bruk i psykoedukative grupper. Behandlingen har fokus på å normalisere symptomer og øke trygghet og mestring av negative emosjoner. Det er et klart ressursfokus og det gis opplæring i strategier for å håndtere traumereaksjoner slik som dissosiasjon. Snart vil vi kunne få informasjon om nytteverdien av denne intervensjonen ettersom gruppen er i gang med en RCT.

### Konklusjon

Forskning om psykoterapeutisk behandling av høyrisiko grupper med psykose viser at det er nyttig med tilrettelagt behandling. Når det gjelder behandling av innvandregrupper er det dokumentert effekt av kulturelt tilpasset CBT og familiebaserte intervensjoner som inkluderer kulturelle antagelser om sykdom og behandling. Disse intervensjonene har gitt noe symptomlette, og har ført til bedre samarbeid med både pasienter og deres familier.

Vi vet det er stor overlap mellom psykose og traumelidelser slik som dissosiasjon og PTSD. Nyere studier tyder på at evidensbasert eksponeringsbehandling av PTSD symptomer kan anvendes for pasienter med psykoselidelser, og dette gir bedring av PTSD symptomene og i noen tilfeller også bedring av psykosesyntomer. Hvorvidt dette kan anvendes tidlig i forløpet av en psykoselidelse er fortsatt uavklart. Det er likevel klart at økt fokus på tilrettelagt behandling for høyrisikogrupper er en viktig strategi i tiden framover.





## Referanser

1. Bourque, F, E. van der Ven, &A. Malla, A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 2011. 41(5): s. 897 - 910.
2. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. , in National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE clinical guideline 82. 2009, National Institute for Health and Clinical Excellence: London.
3. Rathod, S., et al., Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: a randomised controlled trial. *Schizophr Res*, 2013. 143(2-3): s. 319-26.
4. Rathod, S., et al., Developing culturally sensitive cognitive behaviour therapy for psychosis for ethnic minority patients by exploration and incorporation of service users' and health professionals' views and opinions. *Behav Cogn Psychother*, 2010. 38(5): s. 511-33.
5. Pharoah, F, et al., Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(12).
6. Iversen, V.C., et al., Clinical differences between immigrants voluntarily and involuntarily admitted to acute psychiatric units: a 3-year prospective study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2011. 18(8): s. 671-6.
7. Chakrabarti, S., Family interventions in schizophrenia: Issues of relevance for Asian countries. *World J Psychiatry*, 2011. 1(1): s. 4-7.
8. Kulhara, P, et al., Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 2009. 119(6): s. 472-83.
9. Cheng, A.T., Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? *Br J Psychiatry*, 2002. 181: s. 466-7.
10. Thorens, G., et al., Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry*, 2008. 8: s. 55.
11. Hultsjö, S., C. Bertero, &K. Hjelm, Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *Int J Ment Health Nurs*, 2009. 18(1): s. 62-71.
12. Barrio, C.&A.M. Yamada, Culturally Based Intervention Development: The Case of Latino Families Dealing With Schizophrenia. *Res Soc Work Pract*, 2010. 20(5): s. 483-492.
13. Larsson, S., et al., High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2013. 54(2): s. 123-7.
14. Varese, F, et al., Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 2012. 38(4): s. 661-71.
15. Lysaker, P.H.&V.A. Larocco, The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2008. 49(4): s. 330-334.
16. Kessler, R.C.&T.B. Ustun, red. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. 2008, Cambridge University Press: New York 1-580.
17. Seedat, S., et al., Linking posttraumatic stress disorder and psychosis: a look at epidemiology, phenomenology, and treatment. *J Nerv Ment Dis*, 2003. 191(10): s. 675-81.
18. van den Berg, D.P.G.&M. van der Gaag, Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012. 43(1): s. 664-671.
19. Frueh, B.C., et al., Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord*, 2009. 23(5): s. 665-75.
20. van den Berg, D.P., et al., Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2015. 72(3): s. 259-67.
21. Bækkelund, H.&A.O. Berg, Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser, in *Traumebehandling i praksis. Arbeid med komplekse traumelidelser og dissosiasjon*, T. Anstorp and K. Benum, Editors. 2014, Universitetsforlaget: Oslo.
22. Holbæk, I., red. *Tilbake til nåtid: En manual for håndtering av traumereaksjoner*. 1 ed. 2014, Modum Bad: Vikersund. 239.

## Hvordan virker aerob høyintensiv trening inn på psykisk helse og nevrokognisjon hos pasienter med schizofreni?

EPHAPS (Effects of Physical Activity in Psychosis) er en randomisert kontrollert studie som gjennomføres i Vestfold nå. Hvis vi finner at høyintensiv fysisk aktivitet kan redusere symptomer og bedre kognitiv funksjon, kan det ha betydning for fremtidig behandling av pasienter med schizofreni. Ut over bruk av antipsykotisk medikasjon har en i behandlingen av pasienter med schizofreni så langt hatt hovedfokus på individualterapi og støttende psykoterapi. Finnes det nye måter å hjelpe pasientene på?

Av John A. Engh og Eivind Andersen

### Fysisk aktivitet, øvrig livsstil og dødelighet ved schizofreni

Livsstilsrelaterte helseproblemer som røyking, inaktivitet, usunt kosthold og dårlig fysisk form er utbredt hos pasienter med schizofreni. Det er også høy forekomst av komorbid psykiatrisk sykdom slik som depresjon, bruk av illegale rusmidler, samt generell høy somatisk samsykelighet. Sammenliknet med normalbefolkningen er forekomsten av metabolsk syndrom 2.5 – 4.0 ganger forhøyet hos schizofrenipasientene. Epidemiologiske studier viser at forventet levealder er redusert med 15-20 prosent hos pasienter med schizofreni.

Grunnpilarene i behandlingen av pasienter med schizofreni har tradisjonelt bestått av antipsykotisk medikamentell behandling i kombinasjon med psykososiale tiltak. Antipsykotika har vist seg effektivt med hensyn til å oppnå symptombegrensning og tilbakefallsrate (Lieberman et al, 2005). Effekten har vist seg å være god med hensyn til å avdempe positive symptomer, men mindre på negative symptomer og

kognitiv funksjon (Muser et al, 2013).

I normalbefolkningen er det dokumentert god effekt av fysisk aktivitet på fysisk helse, psykisk helse og kognisjon. I tillegg er det funnet god effekt av fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, slik som depresjon. Studier har vist at aerob høyintensiv intervalltrening (HIIT) bedrer fysisk form (cardiorespiratory fitness, CRF), reduserer helserisiko knyttet til ulike somatiske sykdommer (Wisløff U et al, 2007) og er etablert som en sikker og anvendbar treningsmetode. For personer med schizofreni er det imidlertid lite evidensbasert kunnskap (studier med lavt antall pasienter; metodologiske svakheter) med hensyn til effekt av fysisk aktivitet med høy intensitet. I sær er kunnskapsbasen begrenset når det gjelder effekt av fysisk aktivitet på psykisk helse og nevrokognisjon.

### EPHAPS - hva undersøkes i studien?

Dårlig fysisk form (lav CRF) øker risikoen for hjerte- og karsykdom (Wildgust HJ & Beary M, 2010; Laursen TM et al, 2014), hvilket er den viktigste enkeltfaktor

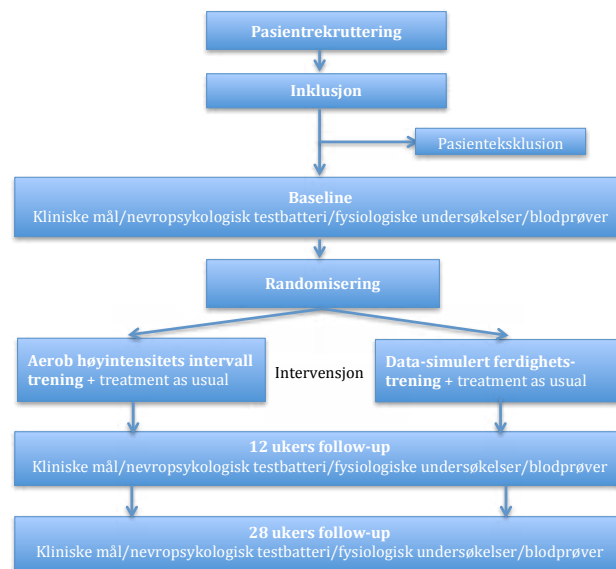
som bidrar til dødelighet hos pasienter med schizofreni (Hennekens CH et al, 2005). Sammenholdt med kunnskap om usunn livsstil underbygger dette behovet for å kombinere fagkunnskap fra flere tilgrensende kunnskapsområder i behandling av pasienter med schizofreni. Det er nødvendig å sette fysisk aktivitet på dagsorden, spesielt høyintensiv intervalltrening som har vist seg å ha bedre effekt enn fysisk aktivitet med moderat intensitet når det gjelder å oppnå bedret fysisk form. Kunnskapsgrunnlaget for å vurdere hvorvidt høyintensitetstrening reduserer kjernesymptomer ved schizofreni er utilstrekkelig, og det er behov for studier med flere pasienter med høy etterlevelse til studieprotokoll. Vi har som målsetting å gjennomføre en studie hvor en har tatt høyde for disse metodologiske betraktningene, der vi sammenlikner 12 ukers aerob høyintensiv intervalltrening med data-simulert ferdighetstrening med hensyn til effekt på kognitiv funksjon og psykotiske symptomer. Intervensjonens effekt på maksimalt oksygenopptak og andre fysiologiske/metabolske variabler vil også bli undersøkt. I studien inkluderes pasienter med rusatferd da en betydelig andel av pasienter med schizofreni har komorbid ruslidelse.

### Metodologiske aspekter

**REKRUTTERING:** Deltakerne er innskrevne pasienter ved de to DPS'ene i Vestfold, Nordre Vestfold DPS i Tønsberg og Søndre Vestfold DPS i Larvik, begge tilhørende Klinikken psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold HF. Inklusjonsperioden strekker seg fra august 2014 til oktober 2016. Pasienter med SCID-I- verifisert diagnose innenfor schizofrenispekteret (schizofreni, schizoaffektiv lidelse og schizofreniform lidelse) og som tilfredsstillende oppfyller øvrige inklusjonskriterier (alder 18-67 år; behersker

skandinavisk språk) kan delta i studien. Deltakelsen avbrytes dersom eksklusjonskriteriene (graviditet, bryst smerter under fysisk aktivitet; ustabil angina pectoris; nylig gjennomgått hjerteinfarkt; ukontrollerbar hjerterytmeforstyrrelse; alvorlig hypertensjon (> 180/110 mm Hg), eller psykisk utviklingshemning oppfylles, eller deltakeren trekker sitt samtykke til deltakelse.

**DESIGN:** Forsøkspersonene blir randomisert til enten en eksperimentgruppe (Kondisjonsgruppen) eller en sammenlikningsgruppe (Ferdighetsgruppen) (Se figur 1 for detaljer). Undersøkere som gjennomfører kliniske intervjuer eller nevropsykologisk testing er ikke kjent med deltakernes gruppetilhørighet (blindet). Pasientene undersøkes ved baseline før de randomiseres til enten Kondisjonsgruppen, som bedriver intervalltrening med høy intensitet på tredemølle (4x4 min løping på 85-95 % av maksimal hjerterefrekvens, etterfulgt av 3 min aktiv pause) to



ganger i uken, eller til Ferdighetsgruppen, som utfører simulering av sportslige aktiviteter uten at det har innvirkning på kondisjonen (CRF) ved å spille Nintendo Wii Sports. I tillegg utføres undersøkelsene rett etter intervensjonsdeltakelsen og fire måneder etter intervensjonsavslutning.

Endringer i simulerte sportslige ferdigheter blir registrert og intervensjonspersonalet gir løpende tilbakemelding til deltakerne. For å sikre en lik tilnærming til deltakerne i begge grupper er det gjennomført flere tiltak. Begge grupper bedriver aktivitet i 12 uker og varighet av hver enkelt økt er også lik. Det samme intervensjonspersonalet ledsager og følger opp deltakerne i begge grupper. Deltakerne ved begge DPS mottar ordinær behandling under hele perioden med aktiv prosjektdeltakelse ("treatment as usual").

**UNDERSØKELSE OG KLINISKE MÅL:** På inklusjonstidspunktet tas det i bruk ulike symptom mål (bl.a. måles psykosesymptomer v.h.a. PANSS), nevropsykologisk testbatteri (bl.a. Matrics Consensus Cognitive Battery), fysiologiske undersøkelser (maksimalt oksygenopptak; spirometri m.m.), og det utføres blodprøveanalyser. Skårene på disse målene danner utgangsverdier for registrering av eventuelle endringer like etter intervensjonsavslutning eller endringer fire måneder senere som uttrykk for forandringer som vedvarer i perioden eller som kan være forsinket innsettende (for detaljer m.h.t. kliniske instrumenter/undersøkelser vises til studieprotokoll innsendt Trials (submitted)).

Det gjennomføres somatisk undersøkelse, og det tas EKG av den enkelte deltaker innen det måles

maksimalt oksygenopptak på tredemøllen. Fysisk aktivitetsnivå måles objektivt ved at pasientene går med et akselerometer på hofta i fire dager.

### Motivasjonsarbeid

Å motivere pasienter med alvorlige psykiske lidelser som er i dårlig fysisk form til å utføre intervalltrening med høy intensitet to ganger i uken er en stor utfordring. Selv om motivasjonsarbeidet utføres av intervensjonspersonell i uformelle sammenhenger før og etter hver økt, så vel som under transport, må det være strukturert og teoribasert. Viktige konstruksjoner i sosial kognitiv teori brukes (dvs. muligheter til å utføre fysisk aktivitet, sosial støtte for fysisk aktivitet, selvtillit til å utføre fysisk aktivitet, forventede fordeler og kostnader ved å utføre fysisk aktivitet, kunnskap og ferdigheter til å utføre fysisk aktivitet, personlig målsetting og overvåking av fysisk aktivitet)(Bandura A, 2004), og vi setter inn mye krefter på å oversette denne kunnskapen til effektiv praksis.

### Betraktninger knyttet til eventuelle funn i studien

Ved utøvelse av bevegelse og mosjon igangsettes komplekse, sammensatte effekter på individet. Slik fysisk aktivitet vil også kunne inngå med ulik grad av interpersonlig kontakt. I studien har vi intensjon om å skille ut hovedeffekter av fysisk aktivitet med henblikk på psykisk helse og kognisjon hos personer med schizofreni som kan tilskrives annet enn sosial kontakt og oppmerksomhet. Dette gjøres ved å sammenlikne gruppen som bedriver høyintensiv fysisk aktivitet med gruppen som simulerer sportslige aktiviteter ved hjelp av dataspill som ikke har innvirkning på fysisk form. Tilsvarende bruk av dataspill hos personer i normalpopulasjonen har vist hjerneforandringer i form av økning i grå substans i hippocampus høyre

side, samt i høyre dorsolateral prefrontal cortex og cerebellum bilateralt (Kuhn S et al, 2014).

Hvis vi finner at høyintensiv fysisk aktivitet kan redusere symptomer og bedre kognitiv funksjon kan det ha betydning for fremtidig behandling av pasienter med schizofreni. Ut over bruk av antipsykotisk medikasjon har en i behandlingen av pasienter med schizofreni så langt hatt hovedfokus på individualterapi og støttende psykoterapi. Ved å dokumentere effekt av behandlingstilnærminger eller teknikker i settinger utenfor det tradisjonelle terapirommet på pasientenes psykiske helse og tenkning, vil en kunne åpne opp for nye måter å hjelpe pasientene med å redusere symptomer og bedre kognitive fungering. En eventuell utvidelse av behandlingsmetoder til også å innbefatte fysisk aktivitet vil kunne ønskes velkommen ettersom fysisk form uansett er sterkt assosiert med både sykkelighet og dødelighet.

## Referanser

Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD et al: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005, 353(12):1209-1223.

Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE: Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2013, 9:465-497.

Wisloff U, Stoylen A, Loennechen JP, Bruvold M, Rognum O, Haram PM, Tjonna AE, Helgerud J, Slordahl SA, Lee SJ et al: Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation* 2007, 115(24):3086-3094.

Wildgust HJ, Beary M: Are there modifiable risk factors which will reduce the excess mortality in schizophrenia? *J Psychopharmacol.* 2010, 24(4 Suppl):37-50.

Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB: Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2014.

Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005, 150:1115-21.

Etnier JL, Nowell PM, Landers DM, Sibley BA: A meta-regression to examine the relationship between aerobic fitness and cognitive performance. *Brain research reviews* 2006, 52(1):119-130.

Pajonk FG, Wobrock T, Gruber O, Scherk H, Berner D, Kaizl I, Kierer A, Muller S, Oest M, Meyer T et al: Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67(2):133-143.

Bandura A: Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004, 31(2):143-164.

Kuhn S, Gleich T, Lorenz RC, Lindenberger U, Gallinat J: Playing Super Mario induces structural brain plasticity: gray matter changes resulting from training with a commercial video game. *Mol Psychiatry* 2014, 19(2):265-271.



## Familiens vokter fra Iran: Yasaman Mottaghipour

Iran var utsatt for en stor naturkatastrofe i 2003; jordskjelvet i Bam. Mer enn 43 000 mennesker ble drept, 20 000 skadet og 60 000 mennesker ble hjemløse. I forbindelse med denne katastrofen var det store behov for hjelp til bearbeiding av reaksjoner på traumatiske opplevelser. Psykolog Yasaman Mottaghipour hadde her en sentral rolle i å trene opp og gi veiledning til helsearbeidere som hjalp overlevende fra denne katastrofen. Hun hadde også gruppetilbud til lærere og skolerådgivere i Bam.

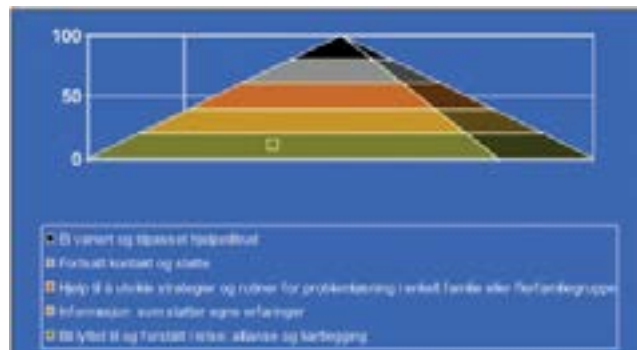
Av Anne Fjell

Denne våren får fagmiljøet i Norge besøk av Mottaghipour. Hun er en fagperson med lang og bred erfaring på utvikling og omsetning av et virksomt familietilbud til personer som har utviklet en alvorlig psykoselidelse. Yasaman Mottaghipour er professor i psykologi ved Shahid Beheshti University i Teheran, Iran som er et land med begrensede ressurser for psykiatrisk behandling. Hennes arbeid med å sette søkelyset på kompetanseoppbygging og ressursbruk for et evidensbasert familietilbud ved schizofreni i Iran er betydelig.

Det er ikke så ofte vi har besøk av kollegaer fra denne delen av verden hvor mennesker lever under svært forskjellige forhold både naturmessig og kulturelt. Naturen vil ofte stille folk overfor utfordringer som vi vet bidrar til store psykiske belastninger på landets befolkning.

Yasaman Mottaghipour har gjennom flere år markert seg som en hovedaktør i utviklingen av metodikk og forståelse for familiesamarbeid ved alvorlig psykisk lidelse. Her i Norge er hun kanskje mest kjent for "The Pyramid of Family Care" (Mottaghipour & Bickerton,

2005). Med utgangspunkt i Maslows berømte behovspyramide forklarer Mottaghipour og Bickerton hvilke behov som oppstår når én i familien blir alvorlig psykisk syk.



Nederst i behovshierarkiet, i pyramidens grunnmur, ligger et fundamentalt behov for mulighet til å snakke om erfaringer og opplevelser; opplevelsen av tap, redsel og fortvilelse og behovet for å bli lyttet til og forstått. Videre oppover i pyramidens finner vi behovet for informasjon som støtter egne erfaringer, og kunnskap og forståelse om hvordan familiemedlemmer påvirker hverandre. Det tredje nivået i denne behovspyramiden er hjelp til hovedperson og familiemedlemmer til å



Foto: Privat.

Yasaman Mottaghipour

løse dagligdagse problemer. Dette behovshierarkiet tydeliggjør og er en parallell til det manualbaserte psykoedukative familiearbeidet som anbefales i de nasjonale retningslinjene for psykosebehandling fra Helsedirektoratet (2013).

Yasaman Mottaghipour er også av stor interesse

for oss ut i fra sin erfaring med oppbygging av kompetanse i psykoedukativt familiearbeid. Hun har vært særlig opptatt av at helsearbeiderne også få hjelp til å bli sikre på sin egen omsetning av metoden gjennom veiledning. Yasaman Mottaghipour og kollegaer gjennomførte en studie hvor helsearbeidere skulle følge en trofasthets-/sjekkløse for manualen for psykoedukativ metode når de startet opp med gjennomføringen av familiearbeidet. Studien dokumenterte hvor mye opplæring og veiledning som vil være nødvendig for å kunne tilby anbefalt, kunnskapsbasert familiearbeid i en klinisk hverdag:

- *Training Health professionals to Conduct Family Education for Families of Patients with First-Episode Psychosis: Adherence to Protocol. Iran J Psychiatry. 2010*

De kulturelle betingelser rundt utvikling av alvorlige psykiske lidelser i Iran var en av grunnene til at Yasaman Mottaghipour sammen med kollegaer utførte en studie på Expressed Emotion (EE) og prognose ved schizofreni. Studien omfattet 97 familiemedlemmer til pasienter som bodde hjemme. I sammenlignbare

studier i utviklingsland er det dokumentert at familier scorer lavere på EE enn i vestlige land. Den iranske studien fant at 60 prosent av familiene scoret høyt på EE og ble et viktig dokument i forhold til å tydeliggjøre behovet for å trekke familiene inn i behandlingen av pasientene:

- *Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. Soc Psychiatr Epidemiol.(2001) 36:195-199*

Det har også blitt gjennomført studier på strategi for implementering av et optimalt familietilbud ved psykiske lidelser i Iran. Her fant man at det er avgjørende at helsearbeidere får økt kunnskap om psykoselidelser, økt organisatoriske støtte, tilgang til nødvendige ressurser, knytte familiene inn til behandlingstilbudene, øke kunnskap og mestringskompetanse og øke støtten til familiemedlemmene. Dette er anbefalinger som er sammenfallende med våre strategier og erfaringer for å kunne lykkes med implementering av et virksomt familiesamarbeid:

- *Working with Families of patients within an Adult Mental Service: Development of a Programme Modell. Australasian Psychiatry, 14(3):267-271, 2006*

I et behandlingstilbud til personer som har utviklet en alvorlig psykisk lidelse vil forebygging av tilbakefall være en viktig målsetting med behandlingen. Yasaman og hennes kollegaer studerte hvordan de kunne bidra til et bedre resultat i Iran gjennom å styrke og evaluere affekten av et case management tilbud til utskrevne pasienter. En styrking av kompetansen gjennom opplæring og veiledning, samt oppfølging av en behandlingsmanual, bidro til at tilbakefalleprosenten



Foto: Istockphoto

ble redusert med 67 % etter ett år:

- *Case management for patients with Schizophrenia in Iran. Case-Management for Patients with Schizophrenia in Iran: A Comparative Study of the Clinical Outcomes of Mental Health Workers and Consumers' Family Members as Case Managers, Community Mental Health Journal 45:447-452, 2009*

Hvis et tjenestetilbud til personer i Iran med en schizofrenilidelse skal sikres kontinuitet må systemet gjennomgå en organisatorisk reorganisering. Alle

faggrupper må samarbeide om å tilrettelegge for en brede og behovsorienterte tilbud. Dette oppsummerer Yasaman Mottaghipour og hennes kollegaer i artikkelen nedenfor:

- *A Multicenter Randomized Control Trial of Aftercare Services for Severe Mental Illness: Study Protocol, BMC Psychiatry 13:178, 2013*

## “Hjelp meg, det haster!”

Prosjektet ”Hjelp meg, det haster!” er et innovasjonsprosjekt som involverer store deler av Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus i arbeidet med å nå målet om at personer med alvorlig psykisk lidelse, eller mistanke om dette, får RETT behandling til RETT tid. Prosjektet bruker tjenstedesign som metode der pasientens reise og opplevelse i vårt system står i sentrum. Tjenstedesign er planlegging og organisering av mennesker, infrastruktur, kommunikasjon og materielle komponenter for å bedre tjenestens kvalitet og samhandling mellom tjenestetilbyder og brukere.

Av Kristin Romm og Kristine Gjermundsen

**UTFORDRING:** Å bli psykotisk er noe av det mest skremmende en person kan oppleve. Sykdommen rammer ofte mennesker i tidlig voksenalder som faller ut av skole, arbeid og sosiale nettverk. Schizofreni er den mest alvorlige psykoselidelsen og koster samfunnet flere milliarder i året i direkte og indirekte kostnader. Det er mer enn kreft og hjertesykdommer til sammen, og skyldes at den rammer i ung alder. Forskning viser at tidlig behandling kan gi pasienter med sykdommen arbeidsevne og mulighet til å leve fullverdige liv. I snitt tar det over et halvt år (32 uker) fra man blir syk til man får hjelp i Oslo. En av årsakene til dette er helsevesenets manglende evne til å fange opp og møte behovene til denne gruppen.

**METODE:** Prosjektet skal bruke tjenstedesign som metode der pasienten, og dennes reise i og opplevelse av vårt system, står i sentrum. Tjenstedesign er planlegging og organisering av mennesker, infrastruktur, kommunikasjon og materielle komponenter for å forbedre tjenestens kvalitet og samhandlingen mellom tjenestetilbyder



Foto: Kjersti Karlsen

og brukere. Brukerreiser og utforming av tjenestens kontaktpunkter er sentrale begreper.

**ØNSKET RESULTAT:** Sammen med tjenstedesignere fra byrået DesignIt, skal vi utvikle konsepter for pasientforløp slik at vi når målet om rett pasient til rett behandling til riktig tid. Pasienter som er henvist til Klinikk psykisk helse og avhengighet

med mistanke om alvorlig psykisk lidelse, skal få en vurderingssamtale innen 48 timer. Varigheten av ubehandlet psykose skal reduseres med 50 % og det er et sentralt mål at tilfredsheten med tjenesten vi kan tilby øker både hos pasienter, hos pårørende og internt. I tillegg skal den økonomiske effekten av dette kartlegges.

**IMPLEMENTERING OG SPREDNING:** Forslag til konsepter for nye løsninger skal testes og justeres. Deretter skal løsninger for implementering velges. Nye innovasjoner skal besluttes realisert. Dokumentert nytteverdi vil kunne bidra til nasjonal implementering.

**FØRSTE WORKSHOP ER GJENNOMFØRT:** Onsdag 15. april ble den første workshopen med representanter fra flere kliniske enheter, gjennomført. I denne delen av prosjektet er det fokus på innsiktsarbeid. Det vil si at all informasjon knyttet til problemstillingene skal samles inn for å belyse dagens situasjon fra så mange synsvinkler som mulig. Her var det fagpersoner og ledere som fikk anledning til å komme med sine versjoner. Parallelt i prosjektets første ”innsiktsfase” blir pasienter, pårørende og flere fagpersoner i klinikken dybdeintervjuet av designerne, slik at bildet av dagens situasjon blir så riktig som mulig. Engasjementet var stort og entusiasmen gledelig. Det ble samlet inn, og ikke minst delt, mye viktig informasjon. Tilbakemeldinger fra deltakerne tyder på at de så langt har opplevd det som meningsfylt å delta. Designerne var imponerte over den tydelige viljen til å dele og tenke konstruktivt. Det er ikke alltid en selvfølge i starten av slike prosesser.

19. mai holdes idéworkshop der det som har kommet fram fra ”innsiktsfasen” skal brukes for å skape ideer

til mulige løsninger på det som er definert som løsningsområder.

Mer om prosjektet og løpende oppdateringer finnes på

[www.tips-kompetansesenter.no](http://www.tips-kompetansesenter.no)

Prosjektleder: Kristin Lie Romm

E-post: k.l.romm@medisin.uio.no

Mobil: 970 09 863



## Kunnskapsbasert familiearbeid på Notodden

Hva er Notodden mest kjent for? Som et stopp på veien til Haugesund? Bluesfestivalen? De første som laget kunstgjødsel? Eller er det rett og slett at Notodden har hatt et kompetanseløft for å bedre tjenestetilbudet for pasienter med en førstegangssykose og deres familier?

Av Marit Grande og Inger Stølan Hymer

Denne våren har det i Brobyggersamarbeidet på Notodden vært gjennomført en utdanning i kunnskapsbasert familiearbeid for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fortrinnsvis psykose og ruslidelser.

### Hva er Brobyggersamarbeidet?

Brobyggersamarbeidet er et forpliktende samarbeid mellom Notodden kommune, Helse – og omsorgsseksjonen og Oppvekstseksjonen, Notodden videregående skole, NAV Notodden, IDEA (arbeidsmarkedsbedrift), DPS Notodden sykehus, Sykehuset Telemark HF og brukerorganisasjoner. Gjennom forpliktende samarbeidsavtaler ivaretar de forebygging, oppfølging, yte tjenester og gi tilbud knyttet til psykisk helse og rus for befolkningen på Notodden. Målet er at brukere skal oppleve tjenestene som helhetlige og koordinerte.

De aller fleste enhetene i Brobyggersamarbeidet var representert i utdanningen. Av de 40 som deltok var 25 fra kommunen og de resterende fra DPSet og IDEA. En slik spredning på kompetanseløftet gir en unik mulighet til samarbeid på tvers av tjenestenivåer, og kan bidra til at tjenestetilbudet oppleves helhetlig og koordinert av de som bruker tjenestene.



Foto: Mette A. Kaarstein. Fra venstre: Anne Kvalheim, prosjektleder Notodden DPS, Kjetil Christensen, Virksomhetsleder Notodden Kommune, Marit Grande, psykologspesialist TIPS Sør-Øst, Yvonne Kristoffersen, Spesialsykepleier i TIPS-TEAM Sykehuset Østfold og Inger Stølan Hymer, spesialrådgiver i familiearbeid ved TIPS Sør-Øst.

### Hva er psykodukativt familiearbeid?

En psykose berører ikke bare den som blir rammet, men også vedkommendes familie og nettverk. Familiens omsorgs- og ansvarsoppgaver blir dramatisk endret, og mange opplever at de står overfor en situasjon som de verken forstår eller mestrer på en god måte. Som en følge av det reagerer mange familiemedlemmer på en måte som har en uheldig innvirkning på pasientens symptomatologi og prognose. I en slik situasjon trenger de fleste kunnskap,

støtte og strategier for å mestre den nye situasjonen.

I et kunnskapsbasert familietilbud inviteres pasienten og hans nærmeste familie til et samarbeid sammen med pasientens behandlere. Målet er at de ved hjelp av kunnskap og bedre forståelse av psykoseproblematikk, lærer nye strategier for å løse problematiske situasjoner. Kunnskapsbasert familiearbeid er av de best dokumenterte psykososiale behandlingsformene for pasienter med en psykoselidelse. Oppsummeringer viser at det reduserer antall tilbakefall, gir færre innleggelses samt at det bedrer den sosiale funksjonen hos pasienten. Familiearbeid er også viktig for familiemedlemmenes egen helse. Det å involvere familien i behandlingen reduserer dens stressnivå, noe som har en betydelig effekt for pasienten.

Et kunnskapsbasert familietilbud har fokus på å formidle oppdatert kunnskap om pasientens problematikk, og hjelp til bedret problemløsning og kommunikasjon. Tilbudet kan enten bestå av samtaler med pasienten og hans familie, eller i form av en gruppe med fem pasienter og inntil tre familiemedlemmer fra hver pasient. I følge nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av psykoselidelser, så bør det ha en varighet på 6-9 mnd for enkeltfamilier og minst ni måneder for et gruppetilbud.

### Undervisningen

Utdanningen har gått over syv dager og har bestått av undervisning og ferdighetstrening med veiledning. Undervisningen har hatt som mål å lære deltagerne viktige elementer i et kunnskapsbasert familietilbud, som for eksempel oppdatert kunnskap om psykose og ruslidelser, og metoder som allianseetablering, aktiv

lytting, positiv reformulering, psykoedukasjon og problemløsning. Dette har så blitt overført til praksis i form av ferdighetstrening og rollespill.

### Interne veiledere

For å lære en ny metode er det svært viktig å komme i gang og praktisere metoden så raskt som mulig. Etter hver undervisningssamling fikk deltagerne i hjemmeoppgave å øve på metoden i klinikken. I tillegg fikk alle tilbud om å delta i en veiledningsgruppe.

For at alle skulle få et veiledningstilbud var det nødvendig med fem veiledere. Etter litt søk i DPS-Set, fikk fem fagpersoner med tilstrekkelig bakgrunn tilbud om å ta seg av en slik oppgave. Selv om dette var en ny oppgave for alle, takket alle ja. For å sikre kvaliteten på opplæringen, har alle veiledere mottatt veiledning-på-veiledning av Inger Stølan Hymer ved TIPS Sør-Øst. Selv om undervisningen er avsluttet, fortsetter veiledning og veiledning-på-veiledning enda en stund.

### Hvordan implementere kunnskapsbasert familiearbeid?

En ting er å gi og få opplæring i en behandlingsmetode, noe annet er å bruke metoden i praksis slik at den kommer pasientene til gode. Et vesentlig spørsmål er derfor hvordan man skal jobbe for å sikre at de som har lært metoden fortsetter å bruke den i sitt kliniske arbeid.

Det er et spørsmål som Brobyggerne synes det er vesentlig å besvare. For å sikre at psykoedukativt familiearbeid blir implementert, så ble følgende tiltak foreslått:

1. Brobyggersamarbeidet og de respektive ledere må gjøre sine organisasjoner



kjent med at kunnskapsbasert familiearbeid er en behandlingsmetode som Brobyggersamarbeidet kan tilby.

2. Metoden skal inngå som et vedlegg i Brobyggersamarbeidets samarbeidsavtaler.
3. Det må lages en plan for hvem som skal få tilbudet. De yngste bør først få tilbudet.
4. Både DPSet og kommunen bør gjøre en vurdering av hvem som skal få et psykoedulativt familietilbud. For å sikre at man kommer i gang med å gi tilbudet, bør det tallfestes hvor mange som skal få løpet av året.
5. Den enkeltes leder følger opp bruken av metoden i medarbeidersamtaler.
6. Faste fagmøter: bruke av metoden bør inn på agendaen for møtet.
7. Regelmessige oppfriskningskurs (i samarbeid med TIPS Sør-Øst).

### Det beste i praksis er gratis

For Brobyggersamarbeidet har det naturligvis vært ressurskrevende at 40 ansatte har brukt mer enn syv dager av sin arbeidstid til å delta i undervisning og veiledning. TIPS Sør-Øst og Sykehuset Østfold har stått for nesten all undervisning og all veiledning på veiledning – uten at det har kostet noe for Brobyggersamarbeidet.

TIPS Sør-Øst bidrar gjerne med liknende kompetansehevende tiltak innen Helse Sør-Øst. Kontakt oss gjerne om dere ønsker det. Ved hjelp av samarbeidsavtaler som inneholder viktige elementer for en vellykket implementering, så bidrar vi gjerne til at kunnskapsbaserte metoder implementeres i klinikken og kommer pasienter og deres familier til gode.

## *Vi må nå kommunalt ansatte og fastlegene!*

### *Erfaringer fra implementeringsarbeid ved Sykehuset Innlandet*

Ingen kan helt oppriktig si at de jobber med tidlig intervensjon før mor, far, læreren eller sågar ungdommen selv tar kontakt med oss i helsetjenesten. Først når de gjør det, jobber vi med tidlig oppdagelse! TIPS Innlandet vil dit, og tar grep!

Av Hilde Kristin Aam

TIPS Innlandet har i lengre tid satset på kompetanseheving i divisjonen. Først var barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i fokus, deretter distriktpsikiatriske sentra (DPS) og Avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Alle tall og personlige tilbakemeldinger viser at disse avdelingene har oppdaget verdien av å ha spesialiserte TIPS team å kunne henvende seg til når de er usikre på om en av deres pasienter er i ferd med eller har etablert en psykoselidelse. Nå er det viktig at vi også når ut til de kommunalt ansatte og fastleger.

Implementeringsarbeid er tidkrevende og det kan være flere veier til målet. Likevel er den viktigste driveren for god implementering i helsevesenet at brukeren, pasienten og de pårørende har kunnskaper om hva de har krav på og hva de ønsker, og at dette etterspørres. Først da endrer vi vår praksis, viser det seg!

TIPS Innlandet sin satsning kommer som en naturlig følge av nasjonale føringer. Føringene ble enda tydeligere da de nye Nasjonale retningslinjene for «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» kom i 2013. Her anbefales det en varighet av ubehandlet psykose (VUP) på

maksimalt fire uker og at spesialisert utredning skal skje innen få dager og uker. For å få til dette anbefales det opplysning, kompetanseheving og sågar kampanjer ut til befolkningen. Et fåtall av kommuner og poliklinikker har ressurser til å kunne sette av tid til spesialisert psykoseutredning etter anbefalingene. TIPS team er opprettet rundt i det ganske land, nettopp for å gjøre dette.

Tidlig intervensjon ved psykose implementeres nettopp for å imøtekomme kravene i retningslinjene. Enkelte team har satset på informasjon ut til kommuner og befolkning først, andre til spesialisthelsetjenesten. Uansett hvor man har satt innsatsen først, viser det seg at teamene oppdager at de burde ha fått henvisninger også fra steder de ikke har satt av tid til å opplyse om sitt TIPS team tilbud.

TIPS Innlandet tok i sin tid et bevisst valg om først å implementere sitt helsetilbud og heve kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Hensikten var å forberede spesialisthelsetjenesten slik at også de kan ta i mot henvendelser som oppstår lokalt og sørge for god pasientflyt gjennom kunnskap om psykosescreening og henvisning til lavterskeltilbudet TIPS Innlandet.

Implementering tar dog aldri slutt! TIPS teamene har derfor vært på ny runde ute med informasjon samtidig som TIPS kontaktene, som finnes på alle enheter i divisjonen, har begynt å bane vei ut mot kommunene. Målet er til syvende og sist at pasientene og deres pårørende i minst mulig grad skal føle at vårt helsetilbud er belastende og at de får så rask hjelp som mulig. Frem til nå har vi lykket. Vi fanger opp flere unge som er i behov av våre tjenester og alderen synker på de som blir henvist til oss.

Fra 2009 har TIPS Innlandet jobbet for å øke kompetansen innad i egen divisjon. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), distriktpsykiatriske sentra og andre avdelinger på sentralsykehuset har fått betydelig kompetanseheving og pasientflyten går raskere fra dem til oss og tilbake. Våre henvisningstall har økt fra disse avdelingene i tråd med at vi har økt fra ett TIPS team til to: TIPS Sanderud og TIPS Reinsvoll. I tillegg har at vi opprettet en TIPS telefon for å imøtekomme behovet for raskere helsehjelp til unge og mer spesialisert utredning og behandling til denne pasientgruppen.

Samtidig så vi fra tallene i fjor at det fra totalt 152 henvisninger kom 120 fra BUP, DPS og andre sykehusavdelinger, kun 18 var fra fastleger og 14 fra andre instanser. For å oppnå vårt mål om at henvendelser og henvisninger i større grad kommer fra personen selv, dennes pårørende, kommunalt ansatte og fastleger, har TIPS Innlandet nå dreid sin implementeringsinnsats mot fastleger og kommunalt ansatte.

TIPS Innlandet har akkurat fullført sitt første TIPS miniseminar i en rekke av mange. I alt består Innlandet

av 48 kommuner, noen mer interkommunale enn andre. Det vil si at enkelte steder ønsker kommunene selv å arrangere miniseminalet sammen med en nabokommune som de deler tjenester sammen med.

*Hensikten med TIPS miniseminarene er raskt å få spredd kunnskap om TIPS Innlandet sitt lavterskeltilbud ut til fastleger og andre kommunalt ansatte på institusjoner som barnevern, mottak, skoler, politi, fengsel, psykisk helse tjenester m.fl. Oppdagelsen skjer aller først der ute og ikke inne hos oss i spesialisthelsetjenesten.*

Gran kommune ble i 2012 forespurt og trukket inn i utarbeidelse av behandlingslinjen for tidlig intervensjon ved psykose. Det ble derfor naturlig å holde vårt første TIPS miniseminar der, som en takk for at de stilte opp med faglige innspill til behandlingslinjen. Allerede i vårt første møte var de positivt innstilte og var tydelige på at Lunner kommune også burde inkluderes, på grunn av deres interkommunale samarbeid. Fra kommunene har det vært representanter fra Helsesøster og jordmortjenesten, Barne- og familiesjefen, Psykiatrisk helsetjeneste, rådgiver helse- og omsorg, tjenesteleder FO og PPT. I tillegg deltok TIPS kontakt fra DPS Gjøvik.

Et viktig utgangspunkt for arbeidet var at kommunene skulle sitte med et eierforhold til miniseminalet. Det var viktig for oss kun å skissere et tilbud som de kunne forme med utgangspunkt i behov og kultur. Tanken bak det, var at kommunene selv gjennomførte TIPS miniseminalet. De sto som arrangør i samarbeid med TIPS Innlandet. De bestemte hvem som skulle inviteres, hvor miniseminalet skulle holdes og tok



i mot påmeldingene. TIPS Innlandet stod for det faglige innholdet og utformet, i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen, invitasjonen med kommunenes logoer på.

**FASTLEGENE:** I streben etter å finne en god implementeringsplan for vårt opptaksområde valgte vi miniseminar for å nå raskt og bredt ut til mangfoldige kommunale institusjoner med generell informasjon om TIPS Innlandet, TIPS telefonen og generell kunnskap om psykose. Samtidig er en av veiene inn i spesialisthelsetjenesten via fastlegene! De er også meget viktige i hele pasientforløpet for en pasient med psykoselidelse. Vi vurderte det som viktig å gi fastlegene et eget kurstilbud. Fastleger har en travel arbeidshverdag og kommer ofte ikke på kurs som ikke er meritterende for deres spesialisering. I samarbeid med kommuneoverlegene fikk vi til rådighet 60 min på hvert av deres felles fastlegemøter. Her traff vi nesten alle fastlegene i begge kommunene. Ansvarlige for informasjonen til fastlegene sto overlege og TIPS konsulenten for. Datoene for undervisningen ble satt i forkant av miniseminaret, slik at fastlegene var forberedt på eventuelle henvendelser i etterkant av miniseminaret.

Den 21. april 2015 gjennomførte vi vårt første TIPS miniseminar i auditoriet på Lunner ungdomsskole. Til sammen kom det ca. 50 deltagere fra henholdsvis psykisk helsetjeneste, statlig mottak, barnevernet, forskjellige botilbud/ omsorgsboliger, helsestasjon, voksenopplæring og institusjonen Røysumtunet. Miniseminaret hadde en varighet på tre timer fra kl. 12.00-15.00, hvor temaene «TIPS Innlandet», «Behandlingslinje og nasjonale retningslinjer», «Tidlige tegn ved psykose», «Utredning, behandling og

#### Hva er implementering?:

- Det er et spesifisert sett av aktiviteter som er utviklet for å sette et bestemt program ut i praksis.
- Det er ikke en tilfeldig praksisendring, men en planlagt og systematisk prosess der kvaliteten av denne kan påvirke behandlingsutbyttet.
- Det er aktive strategier for å integrere kunnskapsbaserte intervensjoner og endre praksis slik at dette kommer pasienten til gode.

Fixen et.al. 2005

oppfølging» og «Kognitiv svikt» sto på programmet. Til sammen var vi tre forelesere fra TIPS Reinsvoll. Det ble lagt inn to pauser for å sikre at vi og deltagerne kunne komme i dialog. I etterkant ble det sendt ut evaluering via questback. Resultatene fra denne har vi ikke rukket å få oversikt over men deltagerne var udelte positive under miniseminaret. Deltagerlisten viser også fravær av representanter fra skolene. Dette kan bety at vi overfor denne institusjonen også bør vurdere et eget tilbud.

#### PLAN FOR OPPLYSNINGSARBEID:

TIPS Innlandet har i sin «strategiplan for opplysning og kompetanseheving» et mål om å bruke presse og lokalaviser i større grad. Dokumentet har til hensikt å systematisere opplysning- og kompetansehevede tiltak som sees på som hensiktsmessige for implementering av helsetilbudet "Tidlig intervensjon ved psykose" i Hedmark og Oppland. I den forbindelse tok TIPS konsulenten kontakt med Avisen Hadeland samt utarbeidet en utførlig pressemelding hvor det ble oppfordret om at de skrev noe om TIPS miniseminaret og lavterskeltilbudet opp i mot nasjonal satsning mot unge personer som sliter med alvorlige psykiske lidelser i dag. Målet med å trekke inn lokalavisen var



Foto: Jørn Haakenstad, Hadeland Avis

å få ut informasjon om vårt lavterskeltilbud, redusere skepsis og tabuer ved alvorlige psykiske lidelser i befolkningen generelt, og håpe at flere tør å henvende seg til vår TIPS telefon.

Under møtene med fastlegene og miniseminaret fikk alle utdelt informasjon om TIPS Innlandet via flyers, plakater og brosjyrer om psykose. Vi jobber også aktivt med internettinformasjon om vårt helsetilbud kombinert med informasjon på nett om behandlingslinje på [www.sihf.no](http://www.sihf.no). Slik kan vi hjelpe kollegaer til å huske TIPS team tilbudet, og man kan få informasjon om TIPS Innlandet uavhengig av hvor man fysisk er.

Implementeringseffekt viser seg å være vanskelig å måle. Gjennom implementeringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten har vi likevel erfart at aktiv tilstedeværelse ute hos våre kolleger og samarbeidspartnere er viktig. For hver gang vi er ute og underviser og eller veileder, viser det seg at henvendelsene øker i etterkant. Dette er gjentakende

når vi kommer tilbake til samme institusjon ett år senere. Under hvert TIPS miniseminar skal vi tilby oss å komme til den enkelte institusjon og undervise mer spesifikt om psykose rettet mot institusjonens faglige behov. For å sikre at dette ble husket, la vi ut liste slik at de som ønsket en rask avtale, kunne skrive seg opp.

*Implementeringsarbeid er en evig sirkel som må rulle og gå. Å finne en god strategi for opplysning- og kompetanseheving ut i fra det enkelte opptaksområde, er vesentlig for å lykkes med å nå ut til flest mulige institusjoner effektivt og regelmessig. Til sammen utgjør ethvert implementeringstiltak en brikke i den store helheten, både lokalt og nasjonalt!*

TIPS Innlandet vil rette en stor takk til våre samarbeidspartnere fra Gran og Lunner kommune: Jorunn Haukeli (Helsesøster og jordmortjenesten), Anne Grethe H. Stenerud (Barne- og familiesjef), Tove Grinaker (Psykiatrisk helsetjeneste), Gunvi O. Nicolaysen (PPT), Mette Nilsen Hole (Helsesøster), Jannicke Brechan (Tjenesteleder FO), Ann H. Fagerli (Tjenesteleder TT), Tove Smeby Vassjø (Rådgiver helse og omsorg), Frøydis L. Linstad (TIPS kontakt DPS Gjøvik), Jon Arne Ødegård (Kommuneoverlege Lunner) og Are Løken (kommuneoverlege Gran).

# Å bli bedre til å føre samtaler

Av Marit Grande

I perioden 2013-2014 gjennomførte TIPS Sør-Øst i samarbeid med NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) et opplæringsprogram i kognitiv miljøterapi for ansatte i bemannede boliger i Drammen kommune. Målsettingen med opplæringsprogrammet var å øke kompetansen i kognitiv miljøterapi i boliger for mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer og til å øke den brukeropplevde kvaliteten på tjenestene som ytes i disse boligene. Programmet er evaluert av Senter for Psykisk Helse og Rus ved Høyskolen i Buskerud. Nylig ble en forskningsrapport om dette arbeidet offentliggjort:

## Hovedfunnene i studien

Forskningsrapporten konkluderer med følgende resultater etter at de ansatte har deltatt i et felles opplæringsprogram i kognitiv miljøterapi:

Ansatte opplever:

- å bli bedre til å føre samtaler med beboerne gjennom deltagelse i felles opplæringskurs i kognitiv miljøterapi
- at miljøterapeutisk praksis blir mer samkjørt
- at veiledning som en del av opplæringsprogrammet har stor betydning for læringsprosessen

Beboerne opplever at:

- de ansatte har blitt dyktigere til å samtale ved at de stiller flere spørsmål
- det virker som de ansatte samarbeidet mer, og "gjør

ting mer likt"

- de blir mer lyttet til av de ansatte, som samtidig var flinke til å unngå å komme med løsningene for dem

## Bakgrunn for opplæringsprogrammet

Kognitiv terapi er en kunnskapsbasert og godt dokumentert behandlingsmetode. I nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser anbefales det at alle pasienter med psykosesyntomer bør få tilbud om kognitiv terapi. Anbefalinger til tross, ofte er det et stort gap mellom hva som anbefales og den kliniske virkelighet. Det gjelder særlig helsetilbudet for de alvorligst psykisk syke som følges opp i kommunale boliger.

*"Etter utdanningen tør de gå mer inn i ting. Tidligere har de vært litt mer forsiktige og ikke helt visst hva de skal gjøre."*

*Beboer*

Kognitiv terapi er fortsatt en relativt ny terapiform, og for de aller dårligst fungerende er det god grunn til å tro at denne kompetansen ikke finnes i tilstrekkelig grad. Målsettingen var derfor å undersøke om et utdanningsprogram kan bidra til å endre og utvikle praksis i boligen de ansatte jobbet i.

## Opplæringsprogrammet

Opplæringsprogrammet ble utviklet av en prosjektgruppe bestående av personer fra Drammen kommune, to erfaringskonsulenter, TIPS Sør-Øst,

Samhandlingsteamet i Drammen og NAPHA. Utdanningsprogrammet bestod av seks dager med undervisning samt en oppfølgingsdag og veiledning i smågrupper.

*"Jeg har merket at de (ansatte) har spurt mer om hvordan jeg har det med meg selv"*

*Beboer*

Undervisningen har fokusert på å lære de ansatte den kognitive modellen for psykiske lidelser. De ansatte har trent på å lære ABC-modellen, og hvordan tolkningen av dagligdagse hendelser påvirker følelser og atferd. De har fått opplæring i de generelle prinsippene i modellen, som viktigheten av samarbeid, likeverd, allianse, relasjon og her-og-nå-fokus. Det ble demonstrert eksempler fra kognitiv miljøterapi, og jobbet med problemløsning av reelle hverdagssituasjoner for beboere og ansatte i boligene. Tema har i tillegg vært identifisering av negative tanker, tankefeil og tankefeller. Problemløsning og læring har vært tematisert. Forståelse, tilnærming og mestring av plagsomme symptomer og hallusinasjoner var tema mot slutten av introduksjonskurset. Metodene som er brukt er undervisning, forelesning, demonstrasjonsvideoer, rollespill, atferdseksperimenter og gruppediskusjoner..

*"De spør hvordan jeg har det og om jeg har noe jeg har lyst til å ta opp, eller trenger hjelp til"*

*Beboer*

Ansatte i boligene mottok gruppeveiledning. Omfanget har vært halvannen time, annenhver uke i et halvt år. Veilederne har lang erfaring som kognitive miljøterapeuter.



### Veien videre

I TIPS Sør-Øst er vi svært takknemlig for at NAPHA har bidratt til at et av våre opplæringsprogram er blitt forskningsmessig evaluert. I dette tilfellet handler det om å bidra til at ansatte i kommunale boliger bedrer sin samtalekompetanse med brukere som har alvorlige psykiske lidelser. Det er selvsagt svært gledelig at både brukerne og ansatte opplever at de ansatte har bedret sin samtalekompetanse med beboerne og at de er mer samkjørte etter de hadde deltatt i opplæringen i kognitiv miljøterapi.

### Referanse

Ness, O, Iversen, Ø, Westerlund, H og Bjørgen, D (2015) Introduksjonskurs i Kognitiv miljøterapi 2013-2014 – en forskningsbasert evaluering. ISBN: 978-82-8290-013-3. [http://napha.no/multimedia/5516/Kognitiv\\_2015.pdf](http://napha.no/multimedia/5516/Kognitiv_2015.pdf)

## *“Jeg ser jo at det er meg i speilet, men det føles ikke slik...”*

Av Tor Gunnar Værnes

Gjennom intervjuer med unge pasienter som deltar i et pågående forskningsprosjekt om psykoserisikotilstander, har jeg mange ganger fått høre at de beskriver en forandret opplevelse av seg selv og omverden. Disse opplevelsene kan være karakterisert av en form for fremmedhet ved seg selv og omverden, som man kan gjenfinne i beskrivelser av såkalt depersonalisering og derealisering i psykiatrisk litteratur og diagnosemanualer. Sitatet i overskriften er fra en pasient som forsøkte å beskrive denne opplevelsen av transformasjon av seg selv og sin væren i verden. Depersonalisering handler om å føle seg distansert eller frakoblet fra vesentlige aspekter ved seg selv, som tanker, følelser, sanseinntrykk, kropp, bevegelser og identitetsfølelse. Slike opplevelser kan innebære en følelsesmessig og/eller sensomotorisk ”nummenhet” der noe vesentlig ved en selv kjennes fremmed og/eller uvirkelig. Ofte kan slike opplevelser også være forbundet med derealisering, der omgivelser, andre mennesker og det å være en ”deltager” i sin egen hverdag kan være preget av en drømmeaktig følelse som gir alt et skjær av noe fremmed og uvirkelig.

Depersonalisering og derealisering kan forekomme på et kontinuum fra milde forbigående symptomer til et mer alvorlig symptomkompleks, som kan oppleves skremmende, plagsomt og kan medføre betydelig funksjonsnedsettelse. Opplevelsene kan i verste fall få en kronisk karakter der man føler seg konstant i en depersonalisert tilstand. Alvorlige depersonaliseringstilstander kan

diagnostiseres som henholdsvis ”depersonalisasjon- og derealisasjonssyndrom” i ICD-10, og som ”depersonalisasjon/derealisasjonsforstyrrelse” i DSM-V. Diagnosene har relativt overensstemmende kriterier, men er kategorisert under dissosiative forstyrrelser i DSM-V og under ”andre nevrotiske lidelser” i ICD-10. Diagnosekriteriene vektlegger uvirkelighetsfølelse vedrørende seg selv og omgivelsene, og/eller å føle seg avsondret fra sine egne mentale prosesser, følelser, kropp og omgivelser, samtidig som det foreligger intakt realitetstesting. Symptomene skal ikke være direkte effekter av rusmidler eller knyttet til en medisinsk tilstand, og skal ikke være bedre forklart av annen psykisk lidelse. Rundt to tredjedeler av disse pasientene har vedvarende symptomer, og en tredjedel har et mer episodisk forløp.

Depersonalisering og derealisering kan være utløst av stressorer som søvndeprivasjon og rus, de kan være sekundære til angstlidelser eller de kan ha en mer primær karakter ved depersonalisasjon/derealisasjonsforstyrrelse. Et alvorlig utfall gjelder kun et lite mindretall av de som opplever depersonalisering og derealisering. Forekomsten av depersonalisasjonsforstyrrelse (i DSM-IV var dette navnet på diagnosen) synes å ligge rundt 1 prosent mens undersøkelser av voksne populasjoner har vist at forbigående depersonaliseringsopplevelser er ganske vanlige, med en livstidsprevalens på mellom 26 og 74 prosent (Michal et al 2014). For de fleste har depersonalierings- og derealieringssymptomer



en temporær karakter, som tenderer til å gå over av seg selv når livsbelastninger, fysiologiske og/eller psykologiske stressorer forsvinner/dempes. Ungdomstiden kan nok være en særlig sårbar periode med tanke på disse symptomene. En tysk studie der 3809 skoleelever mellom 12 og 18 år gjennomførte en spørreundersøkelse viste at 47 prosent minst en gang hadde hatt slike opplevelser de siste to uker, og 11,9 prosent hadde klinisk betydelige depersonaliseringsopplevelser (Michal et al 2014). Samme studie viste at gruppen med betydelig depersonalisering hadde høyere symptomtrykk når det gjaldt psykiske plager generelt, og at de skåret lavere enn ungdommer uten/med få depersonaliseringssymptomer på en del parametre når det gjaldt sosial og rollemessig fungering, cannabisbruk og sosioøkonomisk status, i tillegg til at de oftere bodde med kun en av foreldrene.

Som nevnt betraktes depersonalisasjonssforstyrrelse som en dissosiativ lidelse i DSM. Dissosiative lidelser knyttes gjerne til en traumehistorie, men når det gjelder depersonalisasjonsforstyrrelse så fremkommer det i forskningen ingen signifikant sammenheng mellom en slik forstyrrelse og alvorlige fysiske eller seksuelle traumer. Det ser imidlertid ut til at personer med depersonaliseringssforstyrrelse oftere har blitt utsatt for omsorgssvikt i form av emosjonell mishandling (devaluering, kjeft, trusler og lignende) (Simeon et al 2001). I et utviklingsperspektiv ser det ut til at depersonalisering kan være knyttet til problemer med individualisering og selvfølelseregulering, særlig i ungdomsårene, og det ser ut til at man oftere finner alvorlige depersonaliseringssymptomer hos personer som har tendens til å være konfliktsky, oftere preget av skamfølelse, kan ha umodne forsvarsreaksjoner, og

har kognitive-affektive skjema preget av emosjonell inhibisjon, følelse av lite verdi og inkompetanse. Sosial angst og somatiske bekymringer er også vanlig hos denne gruppen. Relativt ofte kan det se ut til at en vedvarende depersonalisasjonsforstyrrelse har blitt utløst av panikkartet angst, depresjon eller cannabis (Michal et al 2012).

Ut fra et nevrobiologisk perspektiv ser det ut til at depersonalisasjon kan være knyttet til kortikale områder som er involvert i integrasjonen mellom sensorisk og somatisk aktivitet. Videre har funksjonelle MR-studier av personer med depersonalisasjonsforstyrrelse påvist forstyrrelser i interaksjonen mellom prefrontale og limbiske regioner, med en senket aktivitet i områder som er ansvarlig for prosessering av affektiv informasjon (som amygdala, insula) og en tilsvarende øket aktivitet i prefrontale regioner som er ansvarlige for bl.a. inhibisjon av emosjonelt ladet informasjon. Videre ser man en abnormalt dempet aktivitet i det autonome nervesystem, med bl.a. senket HPA-akse sensitivitet (Stein & Simeon 2009). I lys av et evolusjonspsykologisk perspektiv har det vært foreslått at depersonalisering og andre dissosiative symptomer kan forstås som responser som kan fremkomme under ekstremt psykologisk stress der man potensielt kan bli overveldet av angst. I slike situasjoner kan man tenke seg at det noen ganger kan være adaptivt å undertrykke emosjonelle responser ved å deaktivere subkortikale strukturer som bl.a. amygdala (Stein & Simeon 2009).

### Depersonalisering og psykoserisiko

Depersonalisering og derealisering kan oppleves skremmende, og gi tanker om at man er i ferd med

å bli gal og lignende. Selv om de færreste av de som har slike opplevelser noen gang utvikler en psykose, så er det kjent, særlig innenfor fenomenologisk orientert forskningslitteratur, at lignende fenomener er hyppig forekommende i prodromalfasen til pasienter som senere utvikler en psykotisk lidelse innenfor schizofrenispekteret (Parnas et al 1998, Møller & Husby 2000). Man kunne jo tenke seg at dette handler om dissosiative eller angstsymptomer, men det hevdes imidlertid at opplevelsene kan være manifestasjoner av et kjernesymptom ved schizofrenilidelser, som potensielt kan frembringe mer manifesterede positive, negative og desorganiseringssymptomer (Sass & Parnas 2003). Disse opplevelsesendringene blir i denne litteraturen kalt forstyrrelser i selvopplevelse eller selvforstyrrelser (Parnas & Handest 2003). Mange studier har etter hvert påvist at slike forstyrrelser i selvopplevelse har en tendens til opphopning innen schizofrenispekteret (også ved schizotypi), med signifikant mer av disse forstyrrelsene enn ved bl.a. bipolar psykose og andre ikke-psykotiske lidelser (se bl.a. Nordgaard & Parnas 2014, Haug et al 2012).

Forstyrrelser i selvopplevelse handler om forstyrrelser i subjektivitet eller ipseitet, som innebærer at den prerefleksive, grunnleggende, ”tatt for gitte” opplevelsen av å være ”seg selv”, som et vitalt, tilstedeværende, handlende subjekt er betydelig svekket eller forstyrret. Dette kan medføre en opplevelse av distanse til/frakobling fra seg selv/ aspekter ved seg selv som tanker, følelser og kropp, samt den samme distanse/frakobling vedrørende omverden, ofte assosiert med fremmed- og uvirkelighetsfølelse. Opplevelsesendringene kan altså være svært like som de man finner ved depersonalisasjon og derealisasjon. Dermed

kan det fremstå som en potensielt vanskelig differensialdiagnostisk utfordring å skille mellom depersonalisasjon og derealisasjon som symptomer på en dissosiativ eller angstlidelse på den ene siden, og som symptomer muligens assosiert med psykose- og schizofreniutvikling på den andre siden. Det kan jo i denne sammenheng nevnes at E. Bleuler anså schizofreni som en dissosiativ lidelse med organisk etiologi (derav navnet schizofreni: ”splittet sinn”). I en undersøkelse fant man at personer med depersonalisasjonsforstyrrelse kunne kjenne seg igjen i de fleste av selvforstyrrelsesfenomenene (72%) som har vært vist seg hyppig forekommende innenfor schizofrenispekteret (Sass 2014). I denne sammenhengen benyttet man symptomsjekklisten Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) som har vært utviklet på grunnlag av selvbeskrivelser av opplevelser og symptomer fra pasienter med schizofreni (Parnas et al 2005).

Er det da mulig å kunne foreta en differensialdiagnostisk avgrensning når symptomene fremstår så like? Det er dessverre gjort lite forskning når det gjelder denne problemstillingen. En mulig forklaring kan være at de respektive forskningsmiljøene som henholdsvis er interessert i depersonalisering/ derealisering som et traumerelatert, dissosiativt og/eller angstrelatert symptom, og de som er opptatt av lignende fenomener som et potensielt kjernesymptom ved schizofrenilidelser har hatt lite kontakt med hverandre. Jeg skal allikevel forsøke å peke på noen mulige rettesnorer i dette utfordrende differensialdiagnostiske landskapet, med bakgrunn i noen få studier og personlige betraktninger.

Når det gjelder de nevnte overlappende fenomenene



Foto: Istockphoto

i seg selv, kan det nok være vanskelig å differensiere fordi de ofte kan fremstå som svært like. Derfor blir det ekstra viktig å ta i betraktning pasientens totale symptombilde og funksjonsnivå, og hvordan pasienten fortolker og forholder seg til depersonalisering- og derealiseringssopplevelsene. Vanligvis har personer som er i ferd med å utvikle psykose (men fremdeles i prodromalfasen) en del tilleggssymptomer utover depersonalisering og derealisering, som kan ha en nærpsykotisk karakter. Det kan være idiosynkratiske og vrangforestillingslignende ideer, sanseforvrengning eller hallusinasjoner, desorganisering av tanker og tale eller negative symptomer som svekket kontaktevne, initiativløshet og sosial anhedoni. Personer med en depersonalisasjons- og derealisasjonsforstyrrelse har i liten/ingen grad dette (Simeon & Hamilton 2008, s 209-220, i Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ Red). Det er viktig å huske at personer med en depersonalisasjonsforstyrrelse skal ha intakt realitetstesting. Pasienter i en faktisk prodromalfase kan ha en sterkere tendens til å tillegge sine opplevelser en særegen mening. De kan i større grad også tendere mot å forholde seg til opplevelsene i en mer dysfunksjonell retning, med blant annet

en sterkere tendens til ”autistisk” tilbaketrekning (tilbaketrekning inn i sin indre verden). Videre kan man nok oftere se en ”dyper” selvoppløsning og fragmentering av bevisstheten i prodromalgruppen, som kan medføre en større grad av forvirring, kanskje underlig atferd og såkalte ”common sense”-forstyrrelser (perpleksitet og undring/forvirring over dagligdagse fenomener og hendelser) (Parnas J, Bovet P, Zahavi D 2002). I sin undersøkelse av forekomsten av EASE-fenomener hos personer med depersonalisasjonsforstyrrelse, peker Louis Sass også på noen faktorer der det ikke er overlapp mellom denne gruppen og personer med schizofrenilidelser. Personer med depersonalisasjonsforstyrrelse har ikke så alvorlige problemer med sin subjektivitet og sit ”førstepersonsperspektiv” at de har vesentlige problemer med avgrensning mellom meg og ikke-meg (Sass 2014).

### Konklusjon

Depersonalisering- og derealiseringssopplevelser er ikke så uvanlige, særlig i ungdomstiden. For de aller fleste har disse opplevelsene en forbigående karakter som kan knyttes til forbigående fysiologiske og psykologiske stressorer. Noen få kan imidlertid utvikle en mer alvorlig depersonalisert tilstand, der symptomene får en mer kronisk karakter. Disse har oftere opplevd belastninger under oppvekst i form av emosjonell mishandling, og har oftere en personlighetsutvikling og symptomer preget av bl.a. svak selvfølelse, skamfølelse, problemer med individualisering, sosial angst, depressive og somatiske symptomer.

Forskning kan tyde på at personer med depersonalisasjonsforstyrrelse i hovedsak er en annen

gruppe enn de som befinner i en prodromalfase til en primær psykotisk lidelse. Bl.a. finner man sjelden den type kognitive forstyrrelser (både av innhold og prosess) som man kan finne ved for eksempel schizotypi (Simeon & Hamilton s 209-220, i Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ Red) 2008, Simon et al 2014). Samtidig er depersonaliserings- og derealiseringssymptomer vanlige i prodromalfasen til psykotiske lidelser innen schizofrenispekteret, og ved schizotypi. Som Andor Simon og medforfatterne (2014) påpeker, er det viktig å vurdere den ”Gestalt” som ligger til grunn for utvikling av de enkelte symptomer. Dette innebærer at det blir ekstra viktig ikke bare å vurdere tilstedeværelsen av enkeltsymptomer, men å ta i betraktning konteksten disse symptomene oppstår og befinner seg i med tanke på andre symptomer, funksjonsparametre, personlighetsmønstre, affektive-kognitive skjema, sårbarhetsfaktorer og stressorer. Dette betoner viktigheten av å forsøke å gjøre seg opp en mening om hva slags psykopatologiske prosesser som kan være involvert i frembringelsen av disse symptomene, som på overflaten kan fremstå ganske like, men som kan være knyttet til ulike prosesser.

## Litteratur

Michal M, Duven E, Wölfling K et al. Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014. DOI 10.1007/s00127-014-0957-2

Simeon D, Guralnik O, Knutelska M et al. The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder. Am J Psychiatry 2001; 158:1027-1033

Stein DJ, Simeon D. Cognitive-Affective Neuroscience of Depersonalization. CNS Spectr. 2009; 14:9. s467-471  
Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. Schizophr Bull

2000;26(1):217-32.

Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phase of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. Neurology Psychiatry and Brain Research 1998;6(2):97-106.

Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003;29(3):427-44.

Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. Compr Psychiatry 2003 Mar;44(2):121-34

Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the Schizophrenia Spectrum: A Study of 100 First Hospital Admissions. Schiz Bull 2014. doi:10.1093/schbul/sbt239

Haug E, Lien L, Møller P et al. Selective Aggregation of Self-Disorders in First-Treatment DSM-IV Schizophrenia Spectrum Disorders. J Nerv Ment Dis 2012, 200: 632-636

Sass L. Self-Disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). Schizophr. Res. 2014; 152: 5-11

Parnas J, Møller P, Zahavi D et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology 2005;38:236-258

Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. World Psychiatry 1:3, Oct. 2002

Simeon D, Hamilton HK. Depersonalization disorder and schizotypal personality disorder. I ”Psychosis, Trauma and Dissociation. Emergin Perspectives on severe psychopathology”. Red: Maoskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. 2008. Wiley-Blackwell

Simon AE, Umbricht D, Lang UE, Borgwardt S. Declining transition rates to psychosis: The role of diagnostic spectra and symptom overlaps in individuals with attenuated psychosis syndrome. Schizophr. Res. 2014. doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.016





## *“Everything is big in America” – også konferansene!*

Årets internasjonale ISPS konferanse: ”From DNA to Neighbourhood – Relationship and Experience in Psychosis – An International Dialogue” rommet hele åtte, dagslange workshops i forkant av konferansen, flere daglige plenumsforedrag og nærmere 250 ulike innlegg på mindre workshops. I tillegg ble ulike postere presentert hver dag, og vi fikk overvære en rekke plenumsdebatter. Flere av innleggene bar motstridende budskap, så å manøvrere i dette mangfoldet av faglige innlegg kunne være en krevende øvelse.

Av Kjersti Karlsen

Spekteret av forelesninger bredte seg fra genetik og manualiserte programmer til psykodynamiske behandlinger med 6 -10 timer behandling i uka gjennom seks år. Flere innlegg var til dels overlappende, og noen tema så ut til å være spesielt populære (Tidlig intervensjon, Åpen dialog, CBT, betydningen av barndomstraumer ved psykose, stigmatisering, implementering, familiarbeid, søsken, egenkraftmobilisering, tilfriskning, ”E-helse” og kunst og uttrykksterapi). Med totalt nærmere 300 faglige innlegg, følger det naturlig nok en stor spennvidde i innhold og kvalitet. Det kunne se ut til at innleggene i liten grad var gjennomgått på forhånd, og det var liten grad fokusert eksplisitt på retningslinjer og evidensbaserte metoder. Viktigheten av å velge sine forelesninger med omhu ble av den grunn kanskje større enn noen gang. Der det er mye faglig informasjon, vil det ofte være faglige motsetninger, noe som var tilfellet på denne konferansen. Blant temaer som ble belyst fra ulike perspektiver var arv/miljø tematikken og nytteverdien av tilnærmingen ”Åpen dialog”.

ARV OG MILJØ: I ett av plenumsforedragene kunne vi høre Deborah Levy fortelle om kompleksiteten i dagens genetikforskning, og at det har skjedd enorme fremskritt på dette feltet de siste 2-3 årene. Fra å tenke at en lidelse skyldes enkelte gener, er man i dag mer opptatt av såkalte ”Copy Number Variants”(CNV). CNV er små endringer i DNAet i enkeltgener eller sett med gener. Det finnes vanlige og mindre vanlige CNV. I følge Levy gjøres store deler av dagens genforskning på det man kaller ”sjeldne CNV”, noe som viser til CNVer som forekommer hos mindre enn 1 %. Nyere genforskning har blant annet avdekket at noen sjeldne CNV er forbundet både med autisme og schizofreni. Disse sammenhengene er i følge Levy svært intrikate; to personer i samme familie med samme lidelse kan ha ulike CNV. Eksempelvis kan to søsken med autisme ha ulike CNV i sine gener. Dette er i følge Levy med på å synliggjøre den store genetiske heterogeniteten i psykiske lidelser, og at schizofreni må anses som en nevrouviklingsforstyrrelse. Hun snakket varmt om videre forskning på området for å gi oss bedre forståelse av lidelsen og muligheter for å optimalisere individbasert medikamentell behandling.

Reaksjonene i etterkant kunne tyde på at dette var en kontroversiell forelesning. I flere av plenumsforedragene som fulgte, deriblant en forelesning av Thomas Kuhn, ble det hevdet at schizofreni hovedsakelig har psykososiale årsaker, og at vi i dag vet at det ikke ligger genetikk til grunn for lidelsen. Som tilhører fortøner det seg litt snålt at ”arvmiljø”- debatten fremdeles i 2015 er så vidt ensidig, og at man ikke i større grad drøfter hva har størst innvirkning på hvilke tidspunkt og på hvilken måte?

#### ÅPEN DIALOG OG TIDLIG INTERVENSJON:

Et annet tema som ble møtt med motstridende innlegg på konferansen var foredrag rundt behandlingstilnærmingen ”Åpen dialog” fra Finland. ”Åpen dialog” er i ferd med å implementeres flere steder i USA og entusiasmen for metoden ser ut til å være stor etter at Robert Whitaker brakte behandlingstilnærmingen til USA, som et alternativ til den rådende medikamentorienterte behandlingen. Flere av innleggene omhandlet tilpasning og implementering av Åpen dialog i det amerikanske behandlingsapparatet. Disse forelesningene var godt besøkt, og interessen for behandlingstilbud uten – eller med mindre grad av medikamenter var åpenbart stor.

Men Åpen dialog ble som nevnt tematisert fra flere vinkler, og vi kunne høre Brian Martindale ytre en viss skepsis til implementering av en metode som ikke har støtte i forskningen. Han viste både til forskningsmessige svakheter og nyere informasjon om at de områdene i Finland hvor Åpen dialog er mest utbredt også har høyere selvmordsrate enn resten av landet. Det skal være igangsatt en studie som skal undersøke om dette kan ha noen sammenheng med behandlingstilnærmingen Åpen dialog.

Parallelt med at Åpen dialog implementeres flere steder i USA, skjer det også en implementering av systematiske Tidlig intervensjonstilbud i andre stater. Programmet RAISE (the Recovery After An Initial Schizophrenia Episode), etter modell av blant annet den australske Tidlig intervensjonsmodellen, er støttet av myndighetene i flere stater og blir systematisk implementert. Som tilhører var det vanskelig å få oversikt over hvor de ulike modellene var implementert, og hva som var grunnen for at noen steder hadde implementert Åpen dialog, andre Tidlig intervensjon mens andre stater igjen ikke hadde noe systematisk tilbud til pasienter i tidlig fase av psykose.

En refleksjon etter å ha hørt noen av innleggene om Åpen dialog og Tidlig intervensjon er at disse tilnærmingene ofte omtales som motsetninger, og at dette ser ut til å være en noe forenklet forklaring. Tilbudene har mange felles målsetninger som blant annet raskest mulig intervensjon, stabilitet og kontinuitet i behandlingen, begrensning av medikamenter til et minimum, forebygging av tilbakefall og å bygge opp under egen mestring.

VERDT Å TA MED HJEM: Blant mange interessante forelesninger som var interessante, vil jeg her dvele litt ved familiebasert CBT, hypoteser om at desintegreert sansning fører til desintegreert selv, og refleksjoner rundt avstigmatisering av schizofrenibegrepet.

#### Familiebasert CBT

Et fagmiljø i New York med Yulia Landa i spissen har utviklet et tilbud i kognitiv terapi for ungdom mellom 16 og 21 som involverer familien i behandlingen i større grad enn vanlig. Tilnærmingen kalles en gruppe- og familiebasert CBT (GF-CBT). Det denne

tilnærmingen tilfører ut over tradisjonell CBT er at foreldrene får opplæring i CBT for å kunne støtte opp under barnets behandlingsprosess også utenfor terapitimene. Programmet som Landa og medarbeidere har utviklet går over 15 uker. Ungdommene tilbys ukentlige individualsesjoner og gruppesesjoner hvor de systematisk lærer å anvende CBT-teknikker. I tillegg møtes foreldrene i ukentlige grupper og får opplæring i CBT og praktisering av teknikker ved bruk av rollespill.

Metoden er utprøvd i en pilotstudie på seks ungdom med risiko for psykose, og denne piloten viste gode behandlingsresultater; de fant en reduksjon i psykosensære symptomer, paranoiditet, negative symptomer, depresjon, kognitiv bias og bedring i sosial funksjon. Ingen av de seks pasientene fylte lenger kriteriene for psykoserisiko etter behandling. Det ble også rapportert om bedre kommunikasjon i familien og at foreldrene fikk bedre selvtillit med tanke på å kunne hjelpe sine barn. Landa konkluderer med at GF-CBT kan forebygge eller utsette psykoseutvikling, og har satt i gang en større RCT studie på dette som nå er under arbeid.

### Desintegrrert persepsjon, desintegrrert selv?

Et annet spennende innlegg som det var verdt å skrive hjem om, ble holdt av Lot Postmes fra Nederland. I hennes forelesning belyste hun sammenhengen mellom perseptuell inkoherens og selvforstyrrelser. Hun hevdet at schizofreni er assosiert med en rekke forstyrrelser i selve prosesseringen av sanseintrykk, spesielt forstyrrelse i vestibulærsansen. Denne forstyrrede sansningen kan i følge Postmes påvirke oppfatningen av egen kropp, bevegelser og kroppens avgrensning. I neste omgang kan dette medføre



Foto: Istockphoto

endret opplevelse av seg selv; underlige følelser, rar tenkning, depersonalisering, ambivalens, endret opplevelse av agens og løse assosiasjoner mellom tanker, følelser og handlinger. Lot Postmes postulerer at kroppens forsøk på å prosessere og samle disse forstyrrede sanseintrykkene for å gjenopprette perseptuell koherens kan medføre hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Miljøet rundt Postmes har utviklet et behandlingstilbud, ”Perseptuell Koherens Terapi” hvor man jobber systematisk med sansning og sanseintegrasjon for å redusere perseptuell inkoherens. En pilotstudie viste at fem av seks pasienter fikk en klar bedring i sine symptomer etter behandling med denne metoden. Dette er nytt og spennende fagstoff, og det blir interessant å se hva som kommer ut av videre forskning fra denne gruppen.

### Systematisk arbeid med avstigmatisering

I tillegg til ulike innlegg om forståelse og behandling,

inneholdt konferansen en rekke forelesninger som omhandlet stigma og avstigmatisering av psykoselidelser. Eric Thys fra Belgia holdt ett av disse innleggene med vekt på avstigmatisering av schizofreni. Hans påstand var at vi aldri klarer å avstigmatisere noe som åpenbart er annerledes, og at ressursene heller må brukes på å restigmatisere psykoselidelsene ved å skape positive stigma rundt psykose på samme vis som autisme har blitt restigmatisert.

Thys viser til at autisme opprinnelig ble assosiert med kalde mødre, dårlig oppdragelse og vanskelig atferd. I dag er autisme definert som en nevroutviklingsforstyrrelse som ikke skyldes omsorgsbetingelser, og fra å fokusere på atferdsvansker, retter man i dag i stor grad fokus mot de styrkene man ser hos mange med autisme; ryddighet, detaljfokus og nøyaktighet. Han stiller spørsmål ved om vi kan finne tilsvarende styrker hos personer med schizofreni, og viser til en studie fra Sverige av Kyaga og medarbeidere fra 2011. I denne studien med 300.000 personer fant de at både bipolar lidelse og schizofreni var assosiert med å være, eller å ha vært ansatt i kreative yrker. Thys mener at dette kan være en inngangsport til restigmatisering av psykoselidelser. Jeg finner dette perspektivet både interessant og spennende; kan vi finne og fremme positive og ønskelige egenskaper hos personer med psykose, kan det være mulig å restigmatisere psykose til også å innebære positive egenskaper. Videre fagutvikling på dette området ønskes velkommen.

I tillegg til temaer som allerede er nevnt, var tilfriskning et gjennomgangstema som ble belyst fra flere perspektiver. Tilfriskning beskrives som

en prosess som går i faser, og flere av innleggene vektla betydningen av inntoning og stor fleksibilitet i tilnæringsmetode for å oppnå optimal tilfriskning.

### Recovery som prosess - riktig intervensjon til rett tid

Som eksempler på fasespesifikke tilnæringer vil jeg trekke frem foredragene av Pamela Fuller og Larry Davidson, som begge snakker varmt om arbeidet med sine pasienter og har en humanistisk tilnærming.

SURVIVING-EXISTING-LIVING: Psykolog Pamela Fuller gjestet den norske ISPS konferansen tidligere i år. I New York holdt hun et tilsvarende innlegg som her i Norge, hvor hun fremla sin modell for fasespesifikk behandling ved psykoser. Hun hadde også et eget innlegg som omhandlet behandling av barn og ungdom. I den fasespesifikke tilnærmingen som Fuller er talsperson for, formidler hun at personer med psykose må møtes vidt forskjellig avhengig av hvordan psykosen arter seg i gitte faser. De ulike psykosefasene kaller hun for ”surviving”, ”existing” og ”living”. ”Surviving”- fasen er i følge Fuller kjennetegnet ved et udiffensiert selv, redusert evne til å fokusere på andre, stor grad av positive symptomer, desorganisert tenkning og tale, samt begrenset kontakt med egne følelser. I denne fasen, som ofte men ikke nødvendigvis er akutt, er personen konstant aktivert og vaksom. Behandlingstilnæringer i ”surviving-fasen” krever romming/trygging, normalisering og bevisstgjøring på egen eksistens som må vedvare helt til personen viser et mer sammenhengende selv og tåler andre behandlingstilnæringer. Den andre fasen som er gitt navnet ”existing”, starter når personen fungerer godt nok til å utfordre seg selv og sine relasjoner. Pasienten er fremdeles vaksom og redd, men i langt mindre grad enn i første fase. Målet i denne fasen er å få bedre

emosjonell og interpersonlig funksjon og å utvikle nye mestringsstrategier. Fuller kaller den tredje fasen for "the living phase", en fase som er karakterisert ved et mer differensiert selv, fokus rettet utover, større grad av logisk tenkning og målrettede handlinger, og mindre stress som følge av psykotiske symptomer. I de to siste fasene legger man gradvis mer vekt på ulike former for psykoterapeutiske teknikker og eventuell bearbeiding av traumer. Fuller understreker at personer med psykose er forskjellige, og at noen gjennomgår fasene suksessivt, mens andre kan veksle mellom disse fasene innenfor en og samme dag – og til og med også innenfor en og samme terapitime. Inntoning til pasienten og hvilken fase han eller hun er i er derfor avgjørende og må gjøres fortløpende.

**EN GRÜNDER I BRUKERORIENTERT BEHANDLING?** Psykologen Larry Davidson, er blant dem som allerede på 90-tallet var opptatt av en "humanistisk psykologi" i møtet med psykosepasienter. Han har skrevet flere artikler om viktigheten av å bygge opp under selvfølelse hos pasienter med psykose, og viktigheten av å oppfordre pasientene til å bli kjent med egne behov og tilfriskningskrefter. Davidson holdt et spennende innlegg hvor han, som Fuller, påpekte at inntoning til pasientens behov i ulike faser er avgjørende for hva vi kan forvente av våre pasienter til hvilken tid. Som Davidson sier; det må være utrolig vanskelig for en person som er i en aktiv psykose å mobilisere konstruktive krefter. Kombinasjonen av kognitive vansker, regulering av oppmerksomhetsfokus og redusert begreps- og situasjonsforståelse medfører at personen med psykose kan ha vansker med å mobilisere sine krefter. Blir man i tillegg møtt av personer som enten ignorerer dem eller tar avgjørelser uten deres medvirkning, mener Davidson at dette

#### ISPS Children and adolescents

Som første ledd i å etablere en egen interessegruppe i ISPS for dem som jobber med barn og ungdom, blir det opprettet en e-post gruppe med tanke på å utveksling av aktuelle problemstillinger og ideer. Dersom interessen for gruppen viser seg å bli stor, kan det bli opprettet egen facebookgruppe og twitterkonto.

Dere som er interessert i å bli med i denne gruppen kan kontakte Antonia Svensson på [isps@isps.org](mailto:isps@isps.org). Merk mailen med "ISPS children and adolescents".

gir pasienten en følelse av "ikke å være til" som igjen svekker agens og egenkraftmobilisering. I disse fasene må vi som behandlere tilby "surrogathåpet", sier han og refererer til psykolog Pat Deegan som selv har hatt schizofreni: Er pasienten ikke i stand til å ta imot fra andre eller aktivisere egen agens, må vi være der for dem og tilby håp, muligheter, og tilby mikroskopiske handlingssekvenser som muliggjør små opplevelser av mestring og suksess.

Davidson sier at mange evidensbaserte tiltak, som for eksempel CBT, samvalg vedrørende medisiner og kognitiv trening, krever større grad av involvering og samarbeid enn hva som noen ganger er mulig. Rehabilitering krever en minimumstro på agens og egen mestring. Når pasienten ikke klarer dette, må vi heller være inntonet, tilby støtte og små bekreftelser, oppmerksomt nærvær og mulighet for små opplevelser av mestring.

Davidson setter pasienten i fokus på en fin måte, tar mennesket på alvor, og gir uttrykk for en holdning av samhold mer enn "vi og dem". Etter å ha vært på flere nasjonale og internasjonale ISPS-konferanser,



er mitt inntrykk at dette også er en gjennomgripende holdning hos ISPS; her skal brukere, pårørende og fagpersoner utveksle og utvikle fag i felleskap. Konferansen i New York var ikke noe unntak i så måte; i tillegg til flere brukere og pårørende som tok ordet i salen, holdt flere brukere workshops og plenumsinnlegg. Jeg kommer tilbake til ett av disse innleggene etter først å ta en omvei om møtet med andre fagpersoner

### Møtet med mennesker

En viktig del av konferanser er også kontaktetablering og nettverksbygging. I tillegg til hyggelig samvær, fagutveksling og planlegging av fellesprosjekter de norske delegatene imellom, var det nyttig å høre om arbeidsbetingelser til medkollegaer i andre land har. Spesielt var det interessant å snakke med ulike fagpersoner fra USA om deres arbeidsvilkår. Variasjonen ser ut til å være stor statene imellom, hvor noen stater tar del i en systematisk implementeringsstrategi, mens andre stater famler i blinde og tilbyr medisinerings som tilnærmet eneste behandlingstiltak. Vi fikk høre om utstrakt medisinbruk, liten kunnskap om psykososiale modeller og eksempler på ungdomsinstitusjoner som nærmest ligner fengsler med dårlige tilbud og utrivelige lokaliteter. Slike fortellinger setter virkelig vår satsning her i Norge i perspektiv og er en påminnelse om hvor mye vi får til, tross tidvise frustrasjoner over mangel på systematikk i implementering av Tidlig Intervensjonstiltak. Det er også en påminnelse om at trender som kommer til Europa fra USA – som for eksempel den antimedikamentelle trenden – kan ha en annen betydning i deres samfunn enn for oss. For eget vedkommende, med ”barne- og ungdomsbrillene” var det nyttig å treffe medkollegaer

fra andre land med samme fokus. Med Pamela Fuller som primus motor ble det blant annet lagt grunnlaget for en egen gruppe i ISPS som har et spesielt fokus på psykoser og psykoselignende tilstander hos de yngste. Forhåpentligvis får vi dette forumet opp å gå i tiden som kommer.

SILJE MARIE OG LONE: Som avrunding på denne oppsummeringen av fagkonferansen i New York vil jeg komme tilbake til ett gripende møte mellom mennesker. I beste ISPS-ånd holdt Silje Marie Strandberg og Lone Viste Fagerland fra Norge en sesjon hvor de viste en film om Silje Marie sin historie som pasient og hennes møte med en betydningsfull behandler, Lone. I filmen, som er spilt inn med skuespillere, møter vi Silje som er alvorlig syk og mer eller mindre har gitt opp hjelpeapparatet. Vi ser hvordan hun gradvis tør å etablere kontakt med en av sine behandlere, og hvordan denne relasjonen blir en formidabel suksesshistorie. Fra bare å ville dø, er Silje i dag frisk og bidrar med sin historie i håp om at den er betydningsfull for andre pasienter og behandlere der ute.

I etterkant av filmvisningen deltok Silje Marie og Lone i en plenumsdebatt. På ett tidspunkt, når Silje Marie fortalte hvor lykkelig hun er over hvor hun er i livet sitt i dag, ble hun grepet av smittsomme tårer. Det utspilte seg et magisk øyeblikk av ”moments of meeting” hvor én person klarte å berøre en hel sal samtidig. I dette øyeblikksmøtet ble både andre paneldeltakere og store deler av salen rørt til tårer. Et vakkert øyeblikk som kanskje symboliserte denne konferansens budskap; i bunn og grunn er vi alle like, og vi må spille på lag for å få til gode møter. En sterk følelse av samhörighet på tvers av bruker og behandler.



## Vi kan hjelpe mange flere med ny teknologi!

Ikke gå glipp av årets nyskapende TIPS konferanse om nye behandlingsformer ved alvorlig psykisk lidelse: Nye veier for behandling? Oslo 10. og 11. september på Hotel Bristol

TIPS konferansen arrangeres nå for 11. gang, og nå løftes blikket framover: I år er vi spesielt stolte av å kunne tilby et program som ser på virkelige nyskapinge innen behandling av alvorlige psykiske lidelser. Vi lever blant annet i samspill med en stadig tydeligere digital virkelighet. Hvilke utfordringer og ikke minst; hvilke muligheter kan utnyttes her?

Dette blir en konferanse du må få med deg dersom du vil ha det siste nye innen behandlingsmetoder for alvorlige psykiske lidelser!

**Meld deg på nå for å sikre deg plass:**  
[www.tips-kompetansesenter.no](http://www.tips-kompetansesenter.no)



*Ian Hickie*



*Fiona Lobban*



*Rita Long*



*Julian Leff*



*Lex Wunderink*

Vi har et eksklusivt knippe med foredragsholdere i år hvor vi nevner blant annet Ian Hickie fra Australia som er en av verdens ledende stemmer når det kommer til spørsmål rundt psykisk helse. Han er en av hovedpersonene bak utviklingen av Headspace som er et unikt lavterskel tilbud til ungdom. Hickie er opptatt av bruk av ny teknologi og e-helse i sammenheng med kunnskapsbaserte innovasjoner for psykisk helsefeltet. Her har både ledere og klinikere veldig mye å hente av inspirasjon og ny kunnskap.

På hvilken måte kan internett tilby bedre verktøy for kommunikasjon med pasienter og familiene deres? Fiona Lobban har utviklet et veldig spennende program for nettopp dette i nært samarbeid med brukere. REACT, som det heter, er et nettbasert verktøyt som nå også skal piloteres i Norge ved Sykehuset i Vestfold. Dette kan bety store endringer til det bedre for hvordan vi som helsearbeidere jobber med å involvere familiene som har et familiemedlem som er alvorlig syk. Involvering er også tema når Lobbans kollega Rita Long skal på talerstolen. Long har brukererfaring og har blant annet vært med å utvikle REACT, og er nå ansatt som forsker på Lancaster University.

Julian Leff kommer også til konferansen og vi får høre om hans oppsiktsvekkende forskning på bruk av "avatarer" i behandling av høreselshallusinasjoner. Avatarene simulerer stemmene som pasientene hører, og i aktiv samtale med disse får pasientene anledning

til å ta kontroll og makt over stemmene. Disse tiltakene har ført til oppsiktsvekkende reslutater der man har sett at pasienter som har hatt stemmer i årevis blir helt kvitt stemmene sine etter svært få behandlinger.

Er behandling med antipsykotika over lang tid farlig? Lex Wunderink og medarbeidere fra Nederland satte fokus på nettopp dette i en studie publisert i JAMA Psychiatry (2013) Resultatene har blitt hyppig debattert både nasjonalt og internasjonalt og har satt et stort spørsmålstegn ved hvor lenge man bør anbefale vedlikeholdsbehandling for pasienter som har fått en psykoselidelse.

I tillegg vil det bli mange spennende innlegg fra norske bidragsytere om temaer som er rykende ferske for mange av oss. Vi anbefaler en titt på programmet.





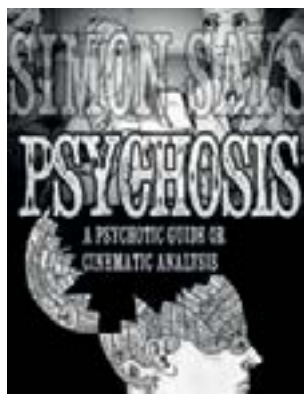


**NY BOK:** Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom. Psykoser og psykoselignende tilstander. Gyldendal Akademisk Forlag. Psykologspesialist Kjersti Karlsen har skrevet en bok som har til hensikt å avlive myter, redusere stigma og ikke minst gi håp til foreldre, helsepersonell, behandlere og de unge selv. Kunnskap om psykoser hos barn og ungdom er sparsom og boken vil bidra til å øke kunnskapen på dette feltet.



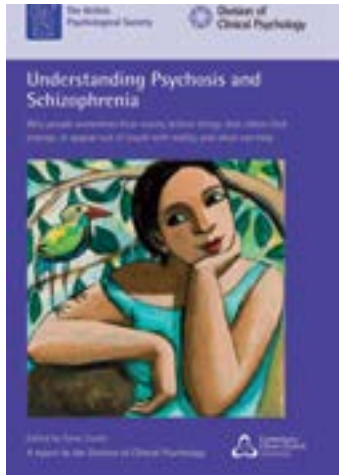
**ARTIKKEL:** Tidsskriftet Early Intervention In Psychiatry har publisert en oversiktsartikkel på kvalitative studier om familiers opplevelse av å søke hjelp for et familiemedlem med en førstegangpsykose. 13 kvalitative studier synliggjør fire hovedtemaer som går igjen i disse erfaringene, og nye innsikt her vil kunne bety implikasjoner for praksis. Blant annet det å ha fokus på tidlig og positiv interaksjon med familiemedlemmer som søker hjelp for sine kjære.

Referanse: Victoria A. Cairns , Graeme S. Reid and Craig Murray, *Family members' experience of seeking help for first-episode psychosis on behalf of a loved one: a meta-synthesis of qualitative research*, Early Intervention in Psychiatry Volume 9, Issue 3, pages 185–199, June 2015



**FILM:** Hvis du ikke har sett filmen Simon Says: Psychosis! ennå, så anbefaler vi på det sterkeste at du vier knappe tretti minutter til denne veldig gode filmen. Filmskaperen John Richardson, som du kan lese mer om på hans hjemmeside [www.inspidmedia.net](http://www.inspidmedia.net) har selv erfaring som bruker av tidlig intervensjonstjensten for psykose i Sussex, England. Han har laget den filmen han selv kunne ønsket å fått sett den gangen han ble syk. Dette er en film som i stor grad bidrar til antistigma og viktig kunnskap om hvordan det kan oppleves å være psykotisk, og ikke minst om hvordan det er mulig å gi god hjelp tidlig som helsearbeider. Du finner filmen på YouTube eller på vår hjemmeside under verktøykasse/undervisningsfilmer. Du bare MÅ se den!





**HVORDAN FORSTÅ PSYKOSE OG SCHIZOFRENI:** Den britiske psykologforeningen har gitt ut en veldig nyttig publikasjon som med overraskende pedagogisk, godt språk og visuelle virkemidler snakker om dette temaet til både fagfolk, brukere og familier: *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Boken er spekket med illustrerende og forklarende sitater fra brukere og pårørende og bidrar til å fylle inn med forståelse og å gjøre komplisert stoff svært lett tilgjengelig. Du finner den her [www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk) og søk opp på tittel.



**JOBBMESTRENDE OPPFØLGING** er et arbeidsrehabiliteringstiltak som retter seg spesielt mot personer med psykoselidelser. Å stå i arbeid er kanskje et av livets viktigste aspekter for oss mennesker. Med en psykoselidelse i bagasjen kan dette være utfordrende, men med god hjelp, oppfølging og veiledning er det fullt mulig. Dette prosjektet har vist at gjennom tverretattlig samarbeid trening og oppfølging kan man hjelpe personer med psykisk lidelse inn i arbeidslivet og gi dem en mulighet til å kunne hjelpe både seg selv og være en ressurs for samfunnet. Les om prosjektet *Jobbmestrende oppfølging*, metoder og muligheter, samt en effektevaluering av prosjektet ved å søke [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)



TIPS Sør-Øst  
Fridtjof Nansens vei 12, inng A  
0369 Oslo

ISSN: 1891-3210

