

Utredning av selvforstyrrelser og psykoserisiko

ISPS fagkonferanse, Hamar 01.02. 2018
v/Tor Gunnar Værnes, psykologspesialist
TIPS Sør-Øst
uxvrnt@ous-hf.no

TIPS

Sør-Øst

Plan for forelesningen

- * Utredning av selvforstyrrelser
- * Utredning av psykoserisiko
 - * Hvorfor kartlegge?
 - * Fra prodrom til psykoserisiko – begreper og forståelse
 - * Utredning med SIPS og SOPS

Hvorfor utrede selvforstyrrelser?

- * De kan påvirke fungering og psykoseutvikling, og kan medføre angst og depressive symptomer, inkludert suicidale tanker og atferd
- * Viktig å undersøke både ved etablerte psykoselidelser og i mulig prodromalfase

Hvorfor utrede selvforstyrrelser?

- * Selvforstyrrelser antas å være sentrale risikofaktorer for utvikling av schizofreni og schizofrenilignende tilstander
 - * Samtidig kan lignende forstyrrelser (i form av depersonalisasjon og derealisasjon) forekomme også ved andre psykiske lidelser uten at det behøver å utvikle seg til psykose
- * Slike forstyrrelser kan oppleves svært betydningsfulle, og utgjøre et viktig utgangspunkt for terapi

Forstyrrelser i selvopplevelse i prodromalfasen

- * Ofte til stede tidlig i en prodromalfase, uten at de nødvendigvis oppdages
 - * kan for eksempel vise seg som tilbaketrekking og depressive symptomer
- * Forstyrrelsene kan komme og gå eller bli mer vedvarende, men variere i styrke

Utredning av selvforstyrrelser

- * Selvforstyrrelser kan være vanskelig å oppdage og utrede av flere grunner:
 - * De kan virke så fremmedartede for personen at han/hun aldri har snakket om dem før
 - * De kan oppleves som mer unikt private, og kanskje skambelagte, enn for eksempel hørselshallusinasjoner
 - * Opplevelsene kan komme og gå, og beskrivelsene av dem kan således variere

Utredning av selvforstyrrelser

- * Vanskeligheter med oppdagelse og utredning forts.:
 - * Opplevelsene kan være vanskelige å ”gripe” og beskrive – de utgjør mer bakgrunnen/konteksten for bevissthetens aktivitet enn bevissthetens innhold
 - * Forstyrrelser i selvopplevelse forstyrrer også evne til kommunikasjon
 - * Mange klinikere kjenner ikke til disse fenomenene, og spør derfor heller ikke etter dem. De er heller ikke godt nok ”representert” i vanlige utredningsverktøy som for eksempel PANSS

Psychopathology

Manual

Psychopathology 2005;38:236-258
DOI: 10.1159/000088441

Received: January 12, 2005
Accepted: April 26, 2005
Published online: September 20, 2005

EASE: Examination of Anomalous Self-Experience

Josef Parnas^{a,d} Paul Møller^b Tilo Kircher^c Jørgen Thalbitzer^a
Lennart Jansson^a Peter Handest^a Dan Zahavi^d

^aDepartment of Psychiatry, Hvidovre Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ^bForsker/overlege dr.med. Paul Møller, FoU-enheten, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Buskerud

^bUnit for Mental Health Research and Development, Division of Psychiatry, Buskerud Hospital, Lier, Norway;

^cDepartment of Psychiatry, University of Aachen, Aachen, Germany; ^dDanish National Research Foundation, Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Bakgrunn for utvikling av EASE

- * EASE ble utviklet på bakgrunn av bl.a. studier av Parnas et al. 1998, Møller og Husby 2000, som viste at majoriteten av pasientene hadde betydelige endringer og forstyrrelser i selvpoppelevelse i prodromalfasen
- * Andre viktige inspirasjonskilder var beskrivelser av slike fenomener i klassisk psykiatrisk litteratur, og ”basic symptoms”-tilnærmingen i Tyskland

Hvorfor bruke EASE?

- * For å få en detaljert oversikt over fenomener som er knyttet til forstyrrelser av selvopplevelse
- * EASE kan ha en differensialdiagnostisk relevans ved psykoselidelser – oftere til stede i schizofrenispekter
 - * Men EASE kan og bør ikke brukes alene som et diagnostisk instrument – selvforstyrrelser er ikke tatt med i ICD-10 eller DSM-V som eksplisitte kriterier
- * Kan ha diagnostisk og prognostisk relevans ved psykoserisikotilstander, men her behøves det mer forskning

EASE – struktur og oppbygning

- * En symptomsjekkliste vedrørende forstyrrelser i selvopplevelse/subjektivitet, primært knyttet til schizofrenispekteret
- * Hovedhensikt: gi fenomennære, kvalitative, detaljerte beskrivelser av slike forstyrrelser
 - * Tilstedeværelse og alvorlighet skåres også kvantitativt
- * Utgjøres av 5 domener bestående av 57 enkeltledd i tillegg til subtyper

Administrasjon av EASE

- * Ideelt sett bør intervjuet gjennomføres på en semistrukturert måte. Derfor viktig å gjøre seg kjent med EASE-manualen, sjekklisten og tenkningen bak EASE
 - * Bør tilstrebe en gjensidig, ”inter-subjektiv” utforskning av tema sammen med pasienten
- * Viktig å forsøke og være fenomen- og opplevelsesnær, og unngå og forholde seg til pasienten på en for objektiviserende måte (som et eksempel på en/flere kategori/er)
- * Det har blitt laget en norsk intervjuguide. Denne er til god hjelp for å huske og spørre om relevante tema, og gir gode eksempler på spørsmål
 - * Men man kan gjerne «frigjøre» seg fra intervjuet, «følge pasienten», og bruke egne formuleringer

TIPS

Sør-øst

2007 – 09/2010

E A S E

Examination of Anomalous Self-Experience

Norsk intervjuguide for Undersøkelse av forstyrret selvopplevelse ved schizofreni og relaterte lidelser

Originalpublikasjon av EASE manualen:

Parnas J, Møller P, Kircher T et al. Psychopathology 2005; 38: 236-258.

Tenkning og bevissthet:	s. 3
Selv-bevissthet/identitetsfølelse:	s. 6
Kropp og bevegelser:	s.11
Grenset overfor andre:	s.13
Livsfilosofi/eksistensiell posisjon:	s.14

Intervjuguiden er utviklet av Paul Møller

FoU-enheten, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Buskerud HF, 2008

0 = aldri; 1 = tvilsomt (vagt, x1-2); 2 = mild (uregelmessig, men minst x3, gir ikke subj. lidelse); 3 = moderat (daglig i 1 uke x2 pr år
ELLER hyppig i 1 år, kan gi subj. lidelse); 4 = alvorlig (nesten daglig over 2 uker nylig, gir ofte subj. lidelse og funksjonsvikt); 9 =
utilstrekkelig info

Administrasjon av EASE

- * Intervjuet bør ikke gjennomføres med pasienter som er akutt syke, med alvorlige psykotiske symptomer og alvorlig forstyrret kognisjon. Man bør avvente en klinisk forbedring før intervjuet gjennomføres
- * Selve EASE-kartleggingen bør skje etter at man har intervjuet pasienten vedrørende aktuell situasjon og fungering, sykehistorie og anamnesticke opplysninger
- * Hvilket domene man begynner å utforske først avhenger av kontekstuelle faktorer

TIPS

Sør-Øst

Administrasjon av EASE

- * Tidsperiode – avhenger av hensikten med undersøkelsen, kan variere fra de siste to uker til en livslang utforskning
- * Varighet av intervju: 1-3 timer
- * Man bør være forsiktig med å skåre bare på bakgrunn av ”ja”-svar, be alltid om et eksempel
 - * Hvis pasienten selv har vanskelig for å komme med eksempler, kan man foreslå noen eksempler, men be igjen om at pasienten kan beskrive sin opplevelse med egne ord hvis han/hun kjenner seg igjen

TIPS

Sør-Øst

De fem domener

- * Domene 1 – Tenkning og bevissthetsstrøm
- * Domene 2 – Selvbevissthet og primær tilstedeværelse
- * Domene 3 – Kroppslige opplevelser/kroppsbevissthet
- * Domene 4 – Demarkasjon/transitivisme
- * Domene 5 – Eksistensiell reorientering

Domene 1 – Tenkning og bevissthetsstrøm

- * Forstyrrelser i grunnleggende selvopplevelse gir forstyrrelser i tenkning og bevissthetsstrøm
 - * Tankene kan oppleves som om de er distansert fra en selv – det er som om man observerer dem utenfra
 - * Tankeinnhold frarøves sin selvfølgelige ”meg-het” – det kan oppleves som om de ikke kommer fra en selv
 - * Tenkningen preges av *hyperrefleksivitet* og ofte *perpleksitet* – en overdreven selvbevissthet der det som vanligvis foregår automatisk, subjektivt og ureflektert blir gjenstand for tenkning

Domene 2 – Selvbevissthet og primær tilstedeværelse

- * Forstyrrelser i selvbevissthet og primær tilstedeværelse innebærer at den ”selvfølgelige” selvopplevelsen ikke lenger gjennomsyrrer alle opplevelser på en umiddelbar måte
- * Dette medfører at noe ved en selv, omverden/andre mennesker og ens deltagelse i verden oppleves som *på avstand, som noe fremmed, kunstig og/eller uvirkelig*

TIPS

Sør-Øst

Domene 3 Kroppslige opplevelser/kroppsbevissthet

- * Forstyrrelser av kroppslige opplevelser/kroppsbevissthet innebærer at man hovedsakelig opplever kroppen eller deler av den som *objekt* fremfor subjekt
- * Det foreligger en *økende distanse* eller *dissosiasjon* mellom kroppen/deler av kroppen og ”selvet”, ”psyken”

Domene 4 Demarkasjon/transitivisme

- * Forstyrrelser i selvbevissthet og primær tilstedeværelse kan manifesteres i forstyrrelser av avgrensingen mellom meg og ikke-meg
- * Eksempler:
 - * Når jeg møtte en person fikk jeg plutselig en veldig ubehagelig følelse. Jeg ble usikker på om det var hans eller min følelse jeg kjente
 - * Når jeg satt på toget, kunne jeg få følelsen av å synke ned gjennom setet

Domene 5 Eksistensiell reorientering

- * Ved forstyrrelser i selvbevissthet og primær tilstedeværelse (som innebærer eksistensielle forandringer) trigges søken etter mening
- * Dette kan medføre at man blir svært opptatt av filosofiske, overnaturlige og metafysiske tema

Hva kan kunnskap om forstyrrelser i selvopplevelse brukes til?

- * Gir mulighet for større *forståelse* av personens opplevelser og problemer med å mestre hverdagen
 - * Derfor også viktig i informasjon og formidling av kunnskap til familie og pasient
- * Gir bedre mulighet for at han/hun kan *føle seg forstått*, ved å fokusere på personens unike opplevelser

Hva kan kunnskap om forstyrrelser i selvopplevelse brukes til?

- * For behandlere kan dette gi et bedre utgangspunkt for psykoterapi
 - * fokuserer på det pasienten opplever som særlig plagsomt, og hjelper til med å sette ord på dette
 - * gir pasienten mulighet til en ny og mer hensiktsmessig forståelse av egne opplevelser
 - * økt forståelse mellom behandler og pasienten bidrar til tillit og bedre kommunikasjon. På sikt kan dette medvirke til at pasienten opplever mindre avstand til andre mennesker og verden rundt seg

Hva kan kunnskap om forstyrrelser i selvopplevelse brukes til?

- * For pasienter som har tilfrisknet, så kan forverring når det gjelder forstyrrelser i selvopplevelse også være varselsignaler
 - * viktig å kjenne til både for pasienten selv, behandlere og pårørende
- * Å bruke kroppen og delta i aktiviteter som vekker engasjement og motvirker tilbaketrekking, synes å kunne oppleves av fremmedgjøring

Utredning av psykoserisiko



© John Hain

Hvorfor kartlegge psykoserisiko?

- * Lidelsestrykket kan være høyt hos personer med risiko, ofte med depressive og angstsymptomer. Flere kan også ha suicidale tanker/atferd
 - * Jo lengre man går med symptomer, jo mer lidelse (ved utvikling av psykose - høyest risiko for suicid tidlig i sykdomsforløpet og ved akutt forverring)
- * Personen kan være mer hjelpsøkende og motivert for å motta hjelp i tidlige faser

Hvorfor kartlegge psykoserisiko?

- * Intervensjon i risikofase kan redusere symptomer, forhindre eller utsette mer alvorlig psykopatologiutvikling
- * Intervensjon kan bidra til å styrke og vedlikeholde fungering i hverdagen

Fra prodrom til psykoserisiko – begreper og forståelse

- * Prodromalfasen lenge beskrevet, gjerne kasuspreget litteratur
- * ”Prodromos” = ”forløper”
- * Prodromalfasebegrepet innebærer at pasienten allerede er i en sykdomsutvikling

Prodromalsymptomer i følge DSM-III-R

- * Markert sosial isolasjon eller tilbaketrekning
- * Svikt i sosiale roller
- * Underlig atferd
- * Svikt i personlig hygiene
- * Uvanlig eller avflatet affekt
- * Vag eller omstendelig tale, eller reduksjon av talen
- * Underlige trosoppfatninger eller magisk tenkning
- * Uvanlige perseptuelle opplevelser
- * Markert mangel på initiativ, interesse eller energi

TIPS

Sør-Øst

Prodromalfasen

- * Liste over prodromalfasesymptomer i DSM-III-R i liten grad forskningsbasert. Tatt ut i senere revisjoner
- * Prodromalsymptomer ikke så spesifikke – ikke uunngåelige forløpere til psykose
- * Prodromalfasebegrepet kan strengt tatt kun brukes retrospektivt

Fra prodrom til høy risiko for psykose

- * Det sterke fokuset på tidlig intervensjon ved psykose de siste par tiår har ledet til sterkere fokus på fasen forut for en mulig psykose
- * For å unngå problemene med prodrom-begrepet har man begynt å bruke begreper som refererer til at visse symptomer gir en økt *risiko* for psykose

Fra prodrom til høy risiko for psykose: At-risk mental state

- * På 1990-tallet utarbeidet en australsk forskergruppe (Yung, McGorry m.fl.) et sett av risikofaktorer som skulle tilsi høy risiko for psykose
- * De kalte dette settet av risikofaktorer for ”At-risk mental state” eller ”ARMS”

At-risk mental state (ARMS)

- * At-risk mental state (ARMS)-begrepet skulle
 1. vise at en person har økt *risiko* for psykose, men ikke uunngåelig utvikler det, og
 2. legge vekt på *tilstand* her-og-nå, med fokus på aktuelle symptomer (ikke nødvendigvis første stadium i en sykdomsutvikling)
- * En grunntanke var at tilstedeværelse av ”svakere” versjoner av (positive) psykosesymptomer innebar høy risiko for psykose

Høy risiko for psykose – Ultra High Risk

- * ARMS ble videreutviklet til de såkalte Ultra High Risk (UHR)-kriterier av samme forskergruppe
- * I tillegg til alder (14-29) og at personen ble vurdert til å være hjelpetrengende for psykiske plager, innbefattet UHR-kriteriene tre mulige prodromalsyndromer

Ultra High Risk – de tre psykoserisiko- syndromene

1. Pasienter som har hatt svake psykoselignende symptomer det siste året (Attenuated Psychotic Symptoms)
2. Pasienter med kortvarige, flyktige psykosesymptomer (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms)
3. Pasienter som har nære familiemedlemmer med psykotisk lidelse og/eller pasienten har en schizotyp personlighetsforstyrrelse. Samtidig skal det foreligge et betydelig funksjonsfall i løpet av siste år

Utredning av psykoserisiko – SOPS og SIPS

- * McGlashan og kolleger ved Yale University i USA utviklet SOPS – Scale of Prodromal Symptoms i 1999 (endret navn til Scale of Psychosis Risk Symptoms i 2009)
- * Besto av skalaer for å identifisere og vurdere alvorlighet av 5 positive symptomer, 6 negative symptomer, 4 desorganiseringssymptomer og 4 generelle symptomer

Hva er SOPS og SIPS?

- * Alle symptomene skåres på en skala fra 0 til 6, der 0 = fraværende, 1= kan være til stede, 2=mild, 3-5= moderat til alvorlig (ikke psykotisk) og 6= alvorlig (og psykotisk hvis positivt symptom)
- * SOPS inngår i et semi-strukturert intervju; **SIPS – Strukturert Intervju for Psykoserisikosyndromer**
 - * Oversatt til norsk, nyeste versjon i 2013 i et samarbeid mellom TIPS, Stavanger Universitetssykehus og TIPS Sør-Øst

SIPS - Positive symptomer:

- * P1. Uvanlig tankeinnhold/vrangforestillinger
- * P2. Mistenksomhet/forfølgelsesideer
- * P3. Storhetsideer
- * P4. Uvanlige sanseopplevelser/hallusinasjoner
- * P5. Desorganisert kommunikasjon

SOPS-skalaen

0 Fraværen de	1 Kan være til stede	2 Mild	3 Moderat	4 Moderat alvorlig	5 Alvorlig men ikke psykotisk	6 Alvorlig og psykotisk
----------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

SIPS – Negativ, desorganisert, generell symptomskala

Negative symptomer

6. Sosial anhedoni
7. Initiativløshet
8. Uttrykk av følelser
9. Opplevelse av følelser og selvet
10. Iderikdom
11. Rollefungering

Desorganiseringssymptomer

12. Merkelig oppførsel eller framtoning
13. Bisarr tenkning
14. Problemer med fokus og oppmerksomhet
15. Forverring i personlig hygiene

Generelle symptomer

16. Søvnforstyrrelse
17. Dysforisk stemning
18. Motoriske forstyrrelser
19. Svekket toleranse for normale påkjenninger

0	1	2	3	4	5	6
Fraværende	Kan være til stede	Mild	Moderat	Moderat alvorlig	Alvorlig	Ekstrem

TIPS

Sør-øst

SIPS – hva er målet?

1. Utelukke tidligere og/eller nåværende psykotisk syndrom
2. Bekrefte en eller flere av de tre typene psykoserisikosyndromer
3. Utrede alvorlighetsgraden av psykoserisikosyndromene

Basissymptomtradisjonen

- * Forskning på prodromalfasen for alvor initiert av den tyske basissymptomtradisjonen på 1980-tallet
- * Basissymptomer er subtile, selv-opplevde endringer og forstyrrelser i stresstoleranse, affekt, tenkning, tale, persepsjon, drifter og bevegelse. De har ikke en psykotisk kvalitet
 - * Inkluderer også selvforstyrrelsesfenomener
- * Basissymptomer har blitt antatt å være de første manifestasjoner av neurobiologiske endringer forbundet med utvikling av schizofreni

Basissymptomtradisjonen – kartlegging av risiko

- * Schizophrenia Proneness Instrument (SPI) – kartlegging av hele spekteret av basissymptomer (noen høy prediksjonsverdi, andre lavere)
 - * Finnes i en voksen (SPI-A) og en barneversjon (SPI-C). SPI-A er oversatt til norsk i 2013 av R. Johansen og kolleger ved St. Olavs Hospital
- * COGDIS – kognitive basissymptomer med høy prediksjonsverdi (inngår i SPI)
 - * selvopplevde endringer og forstyrrelser i kognisjon som tankepress, tankeblokk, tankeinterferens, oppmerksomhetsforstyrrelser, svekket evne til kommunikasjon og forståelse

Hvor mange med risikosyndromer utvikler psykose?

- * Første UHR-studie viste at 40% utviklet psykose innen 6 mnd, 50% innen ett år til tross for psykososial behandling og antidepressiva etter behov (Yung et.al. 2003)
- * Oversiktsartikkel fra 2012 viser 22% konversjon ved 1 år, 29% ved 2 år og 32% ved 3 år (Fusar-Poli et al. 2012)
 - * Gjelder både UHR og basissymptom-kriterier
- * Nyere studier har vist en fallende konversjonsrate, en studie helt ned i under 10% på et år
 - * mulig forklaring på fall i konversjonsrate; pasienter i de første studiene hadde hatt symptomer over et lengre tidsrom enn i de senere studiene

Tidlig og sen risikofase

- * Noen risikosymptomer kan oppstå i en tidlig fase, mens andre kan bli tydeligere i en senere fase
- * En prodromalfase kan vare fra uker til flere år
- * En sen fase er karakterisert ved tydeligere positive psykoselignende symptomer, slike som primært vektlegges av ARMS/UHR-tradisjonen

Tidlig og sen risikofase

- * En tidlig fase er karakterisert av mer uspesifikke symptomer, men mer psykoselignende symptomer kan også være til stede
- * Typiske uspesifikke symptomer:
 - Affektive symptomer, hyppige følelsesmessige svingninger (angst, depresjon, irritabilitet)
 - Sosial tilbaketrekking og vansker i relasjoner (inklusive mulige negative symptomer)
 - Funksjonstap, faller ut av skole, fritidsaktiviteter med mer
 - Søvnvansker (snur døgnet), tap av energi
 - Svekket kognitiv funksjon, som konsentrasjon og hukommelse

Tidlig risikofase – forstyrrelser i selvpoplevelse

- * Forstyrrelser i selvpoplevelse kan være til stede i tidlig risikofase, og antas å kunne drive symptomutvikling
- * I en tidlig risikofase kan slike opplevelsesendringer manifesteres i form av uspesifikke risikosymptomer som depressive symptomer og tilbaketrekning
- * Kan kartlegges ved hjelp av EASE – Examination of Anomalous Self-Experience

To tiår med UHR og basissymptomer – hva har vi lært?

- * Risikotilstander er ikke ”schizofreni light” – pasienter med slike tilstander utgjør en heterogen gruppe
 - * Forløpet er ulikt: noen kan utvikle schizofreni eller andre psykoselidelser, andre har fortsatte psykoserisikosymptomer med eller uten andre psykiske lidelser/forstyrrelser/funksjonssvikt, og noen remitterer helt
- * Forbigående psykotiske og psykosenede symptomer forekommer ganske ofte ved ikke-psykotiske forstyrrelser, som aldri utvikler seg til en psykotisk lidelse
 - * Kan være en markør for økt alvorlighet av tilstanden

To tiår med UHR og basissymptomer – hva har vi lært?

- * Epidemiologiske studier viser at forbigående psykotiske og psykosenære symptomer ikke er så uvanlige i befolkningen (særlig unge)
 - * Metastudie fant at 7,1% hadde hatt hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger i løpet av livet, med en årlig forekomst på 2,1% (Linscott & vanOs 2013)
 - * 14.8% hos barn/unge, Kelleher et al 2012
- * Ved ung alder (under 18 år) så er risikokriteriene mindre valide
- * Genetisk risikogruppe har vist seg å ikke fungere godt som en risikomarkør

To tiår med UHR og basissymptomer – hva har vi lært?

- * Seleksjon av deltagere kan ha påvirket konversjonsrate i ulike studier
- * Andre faktorer enn risikosymptomer påvirker konversjon til psykose:
 - * affektive forstyrrelser, funksjonsnivå over tid, rus, kognitiv svikt, negative symptomer, selvforstyrrelser, barndomstraumer, aktuelle livsbelastninger og genetisk sårbarhet
- * Viktig å se på *samspeillet* mellom risikofaktorer over *tid*, mer enn symptomer alene

To tiår med UHR og basissymptomer – hva har vi lært?

- * Pasienter med betydelige risikosymptomer i tillegg til annen psykisk lidelse kan ha dårligere prognose, uavhengig av diagnose (for eksempel flere innleggelseser ved depressiv lidelse)
- * Derfor fortsatt viktig å kartlegge, men med et bredere fokus: identifisere personer med risiko for økt alvorlighet av psykisk lidelse
 - * Konversjon til psykose er kanskje ikke det mest relevante målet i forskning?

Takk for meg

Tor Gunnar Værnes, psykologspesialist
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Klinikk for psykisk helse og avhengighet Avd Fou, TIPS Sør-Øst Tlf. 22 02 94 22/92 45 56 78

E-post: Tor.Gunnar.Vaernes@ous-hf.no
www.tips-kompetansesenter.no/

Nettside for pasienter, pårørende og behandlere: www.psykose-bipolar.no

TIPS

Sør-Øst