

Fallgruver ved kognitiv utredning av psykosepasienter



Victoria Tao

Seksjon for psykose døgn, Sykehuset Telemark HF

victoria-96@live.no

Psykologen må sikre at testresultatene også blir brukt til å forstå pasientens potensial for mestring.

Evneutredning har vært et sentralt kartleggingsverktøy på samtlige arbeidsplasser jeg har vært: allmennpoliklinikken, PPT, fengsel, og nå på lukket døgnavdeling for psykosepasienter. Utredningen har blant annet vært nyttig for å kartlegge forutsetninger for læring, kognitiv fungering og eventuelt behov for tilrettelegging. For pasienter med psykoselidelse kan en slik utredning være spesielt hensiktsmessig, ettersom de ofte har kognitive utfordringer (Ueland & Øie, 2010). Vanligvis har kognitivt funksjonsnivå også betydning for behandlingsforløp og rehabilitering.

Som psykolog i arbeid med psykosepasienter på døgnpost har jeg erfart stor etterspørsel for gjennomføring av Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) for å utrede kognitive evner. Sammenlignet med arbeidsplasser jeg har vært på tidligere, erfarer jeg at både gjennomføringen av evneutredningen og tolkningen av testresultatene er mer komplisert med psykosepasienter. Blant annet kan utredningen påvirkes av psykosesyntomer, både positive og negative, og det kan være utfordrende å skille mellom stabile kognitive vansker og kognitive vansker relatert til psykoselidelsen. Samtidig må man tilstrekkelig hensynta konsekvenser for pasienten etter endt utredning.

Jeg ønsker her å belyse og reflektere over kliniske utfordringer man kan møte i utredning av kognitive vansker hos pasienter i schizofrenispekteret, med utgangspunkt i egne erfaringer fra arbeid på lukket langtidspost. Selv om kognitive vansker ved psykose kan kartlegges med flere ulike verktøy, fokuserer jeg her spesifikt på bruken av WAIS-IV i møte med denne pasientgruppen.

Kognitive vansker ved psykose

60–85 % av pasienter med psykoselidelser har kognitive vansker på ett eller flere områder (Ueland & Øie, 2010). Vanskene omfatter blant annet redusert oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, innlæring, prosesseringshastighet og eksekutive funksjoner (Cullberg, 2009; Ueland, 2008). Normalt evner vi å filtrere ut stimuli som ikke er vesentlige, og kan dermed ha selektiv oppmerksomhet. Ved psykose er filtreringsevnen ofte redusert (Cullberg, 2009). I tillegg kan lyd- og lysinntrykk være enten forsterket eller svekket sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, og evnen til å skifte oppmerksomhet ved behov kan også være forstyrret. Noen ser for eksempel ikke helheten i like stor grad som de kunne tidligere, men blir i stedet mer opphengt i enkeltdetaljer (Cullberg, 2009). Slike vansker kan være svært funksjonsnedsettende på skole, jobb og i sosiale aktiviteter, og til hinder for å leve selvstendig. Av den grunn er det viktig at kognitiv svikt blir oppdaget og tatt hensyn til ved behandling og rehabilitering.

Man kan bruke en rekke utredningsverktøy for å kartlegge kognitive funksjoner. Utredningen kan være del av en diagnostisk vurdering, brukes for å lage en passende behandlingsplan, eller for å vurdere behov for tilrettelegging i arbeid eller i andre aktiviteter. På døgnavdelingen har utredning av kognitivt funksjonsnivå vært spesielt hensiktsmessig for å vurdere behov for videre oppfølging etter utskrivelse, for eksempel fra kommunale tjenester, fordi det sier noe om forventninger til funksjon. En av de mest brukte er WAIS, som måler kognitivt evnenivå (Michel et al., 2013). WAIS består av

ti kjernedeltester som skal reflektere fire spesifikke kognitive funksjonsområder: verbal forståelse, perseptuell resonnering, arbeidsminne og prosesseringshastighet.



Kliniske utfordringer

Få kontrollerte omgivelser

Tradisjonelt benytter man evnetester for å måle relativt stabil kognitiv fungering (Ueland & Øie, 2010). En utfordring med evneutredning på langtidspost med psykosepasienter er at pasientene ofte har vedvarende psykotiske symptomer og mer langvarig funksjonssvikt. Flere studier indikerer at kognitive vansker er relativt stabile og vedvarer i perioder med sykdomsremisjon (Ueland, 2008). I tillegg er det stor enighet om at vanskene ofte er til stede også før psykosesymptomene utvikles. Dermed kan symptomene og funksjonssvikten gjøre det vanskelig å vurdere når pasientene kan anses som stabile «nok» til testing.

Positive psykosesymptomer som hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger kan også påvirke resultatene i testingen. Dersom man hører stemmer samtidig som man skal løse en matematisk oppgave, vil dette naturligvis være forstyrrende. Mange psykosepasienter opplever også tankeblokk, som vil si at man plutselig mister tankerekken sin eller tankene forsvinner, mens andre kan kjenne på det motsatte, at man sitter fast i en evig strøm av tanker (Cullberg, 2009). Negative symptomer som redusert motivasjon og følelsesmessig avflatning, samt kognitive vansker, kan forstyrre resultatene. Spesielt sistnevnte kan gjøre det vanskelig å skille stabile kognitive vansker fra kognitive vansker som er relatert til psykoselidelsen.

De fleste pasientene på langtidsposten har også begrenset utholdenhet og oppmerksomhetsspenn. Begrensningene gjør strukturerte og prestasjonsorienterte situasjoner, som en evneutredning er, svært krevende å gjennomføre. Motivasjonen for å gjøre sitt beste kan også være fraværende. For meg som psykolog innebærer begrensningene at jeg må vurdere hvor mye jeg kan tilrettelegge for å gjennomføre evneutredningen, samtidig som jeg ivaretar de standardiserte rammene til testen.

Sammenlignet med de andre arbeidsplassene jeg har vært på, opplever jeg at det stilles høyere krav til klinisk skjønn, både i vurderingen av om evneutredning er hensiktsmessig å gjennomføre på aktuelt tidspunkt, og ved tolkning av testresultatene. Til tross for at en innleggelse gir mulighet for å observere pasienten over tid, i tillegg til å ta hensyn til pasientens dagsform og dele opp testingen over flere dager, opplever jeg likevel at administreringen av en slik standardisert test er utfordrende.

Forskjell på testresultater og faktisk fungering

På en langtidspost hvor pasientenes fungering har blitt observert over lang tid og i ulike kontekster, opplever jeg at det kan oppstå en diskrepans mellom observert funksjon og testresultatene. Det kan gjøre det komplisert å tolke og forstå resultatene, og vurdere på hvilken måte de kan eller ikke kan tillegges klinisk betydning. Eksempelvis kan man risikere at testresultatene enten blir en over- eller undervurdering av pasientenes faktiske fungering.

Eksempelvis har jeg observert pasienter som ikke evner å gjennomføre enkle dagligdagse aktiviteter uten veiledning, slik som å pusse tenner, dusje eller kle på seg. De kan da trenge omfattende veiledning, slik som å bli fortalt at de må ta av lokket på tannkremtuben, trykke på tuben så tannkremen kommer ut, holde tannbørsten under tuben, og så videre. Samtidig kan en slik pasient oppnå testresultater som indikerer kognitive evner over gjennomsnittet. Med andre ord kan testresultatene være gode, samtidig som de ikke samsvarer med pasientens observerte fungering i hverdagen. I slike tilfeller blir det ofte konkludert med at testresultatene ikke gir et dekkende bilde av

pasientens funksjonsevne i dagliglivet. Samtidig blir det ofte utelukket at utfordringene kan handle om kognitive evner, men heller kan skyldes symptomtrykket.



Evneutredning kan altså ikke alltid gi informasjon om funksjonsnivå, men kan heller si noe om kapasitet og evner under spesifikke betingelser. WAIS-IV blir gjennomført under svært strukturerte rammer, og gir dermed generelt også begrenset informasjon om pasientenes funksjonsnivå i relasjonelle og ustrukturerte situasjoner. Å integrere testresultatene med den observerte hverdagsfungeringen er svært klinisk utfordrende. I den forbindelse har det også vært utfordrende å skille mellom premorbid fungering og aktuell fungering eller prestasjon. For å få et nøyaktig bilde av pasientens faktiske fungering har det vært helt avgjørende å gjennomføre en grundig journalgjennomgang, innhente anamnesticke opplysninger når det kommer til skolegang, fungering på arbeid og i sosial aktivitet, og innhente informasjon fra ulike miljøterapeuter i ulike kontekster.

Ikke som en blodprøve

Jeg opplever at testresultatene etter en evneutredning også kan få betydelige konsekvenser for pasientene utover den umiddelbare kliniske forståelsen. Evneutredningen påvirker også forventninger til fungering, når pasienter kan være utskrivelsesklare med tanke på habitualtilstand, samt tilrettelegging og videre oppfølging. Som helsepersonell risikerer man med en evneutredning å begrense forståelsen av pasientene og deres muligheter og ressurser. Særlig problematisk er det å forstå kognitivt evnenivå som noe statisk og isolert, når funksjonsnivået ved langvarig psykose varierer avhengig av symptomtrykk og situasjon. For å sette det på spissen er det en fallgrube å tolke testresultatene nærmest som en blodprøve.

I tillegg opplever jeg at testresultatene kan få en nærmest autoritær status, og tillegges altfor stor betydning for beslutning på tvers av kontekster. I denne sammenhengen blir det ekstra viktig med presis dokumentering og kommunisering av kliniske utfordringer, begrensninger og implikasjoner for gjennomføring og tolkning av testresultatene.

Samlet sett har jeg tenkt mye på at evneutredning ved psykose ikke bare omfatter en faglig vurdering, men også en ivaretagelse av pasientenes livssituasjon. Som psykolog mener jeg man også har et etisk ansvar for hvordan testresultatene blir anvendt og formidlet i klinisk sammenheng. Med andre ord er det viktig at man som psykolog ivaretar testresultatene etter en evneutredning på en slik måte at de ikke risikerer å bli under- eller overtolket.

Kan pasientene gi et informert samtykke?

I tillegg til at testresultatene kan påvirke behandlingsforløpet, rehabiliteringsprosessen og kanskje selvforståelsen, er det flere andre faktorer som kompliserer testingen. Pasientene på en lukket psyko-sepost er som oftest underlagt tvungent psykisk helsevern, der opprettholdelse forutsetter manglende samtykkekompetanse. Et informert samtykke om gjennomføring av evneutredning kan være vanskelig å vurdere, fordi pasientene kan streve med å forstå formålet med testingen som følge av symptomtrykket. I tillegg erfarer jeg på langtidspost for psyko-sepasienter at flere opplever begrenset selvbestemmelse: Behandlere kan vurdere varighet av utgang, antall permisjoner, behov for kontinuerlig observasjon eller observasjon i intervaller, hyppighet av besøk, og lignende. Under langvarige innleggelser kan det dermed tenkes at pasientene blir institusjonalisert og glemmer hvilke rettigheter de har, og heller ikke tør å ytre sine meninger. Pasientene er sårbare i konteksten de er i, noe som stiller krav til psykologen om grundig informasjon på forhånd om både testen og

selvbestemmelsesretten. En klinisk utfordring blir dermed å vurdere behovet for informasjon som en evneutredning gir, opp mot risikoen for både unødvendig belastning av pasienten og eventuelt feilaktige testresultater.



En stor fallgrube er at testresultatene av en WAIS-IV i større grad blir benyttet til å forstå pasientenes begrensninger, heller enn deres potensial for mestring. Som psykolog stilles det dermed et stort ansvar ikke bare til å faglig vurdere tallene, men også betydningen evneutredningen har for pasientenes hverdag, styrker og potensial. Med andre ord mener jeg det ligger et ansvar i å formidle spesielt til andre instanser, men også til pasientene selv, hvordan en slik evneutredning eventuelt kan støtte pasientene, heller enn å begrense dem.

Telle epler eller redde galaksen?

Å bruke WAIS-IV i møte med psykosepasienter har vist seg å by på mange kliniske utfordringer. Sammenlignet med andre pasientgrupper opplever jeg det mer utfordrende både å gjennomføre testingen og å tolke testresultatene på grunn av faktorer som symptomtrykk, medikamentelle bivirkninger og konsekvenser etter testing. I tillegg kan det være utfordrende å vurdere pasientenes samtykke til testing. Noen ganger er det også en diskrepans mellom testresultatene og observert fungering på avdeling. Diskrepansen belyser viktigheten av å benytte testresultatene og rapporten kun som én del av en helhetlig forståelse.

Innleggelse på langtidspost gir en unik mulighet for å observere pasientene på tvers av situasjoner over lang tid. Slike observasjoner, for eksempel av evne til innlæring og gjennomføring av aktiviteter i hverdagen, kan gi informasjon som ikke blir fanget opp ved en evneutredning. Dermed er det i integreringen av kliniske observasjoner, anamnesticke opplysninger og testresultatene at nytteverdien av evneutredningen ligger. For å formulere utfordringene med et tunnelsyn på evneutredning på en annen måte: Hvis jeg hadde hatt som mål å redde hele galaksen, ville jeg heller ikke hatt interesse av å svare på hvor mange epler Ola har igjen.

Referanser

- Cullberg, J. (2009). *Psykoser. Et integrert perspektiv* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Hageberg, A. O. L. (2013). Personar med schizofreni har mindre kapasitet til nære relasjonar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(11), 1126–1127. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as10ae-Personar-med-schizofreni-har-mindre-kapasitet-til-naere-relasjonar>
- Michel, N. M., Goldberg, J. O., Heinrichs R. W., Miles, A. A., Anmari, N. & Vaz, S. M. (2013). WAIS-IV profile of cognition in schizophrenia. *Assessment*, 20(4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/1073191113478153>
- Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(9), 1164–1168. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008as08ae-Kognitiv-funksjon-og-rehabilitering-ved-schizofreni>
- Ueland, T. & Øie, M. (2010). *Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser: Et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Øie, M. & Hugdahl, K. (2008). A 10–13 year follow-up of changes in perception and executive attention in patients with early-onset schizophrenia: A dichotic listening study. *Schizophrenia Research*, 106(1), 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.036>