

Schizofreni

John Chr. Fløvig
Overlege/ universitetslektor
john.chr.fløvig@ntnu.no
Trondheim

Læringsmål

- Hva er schizofreni?
- Hva er årsakene til schizofreni?
- Hva er symptomene på schizofreni?
- Hva er vanlige tidlige tegn på schizofreni?
- Hvordan er sammenhengen mellom rusmisbruk og schizofreni?
- Hvordan behandles schizofreni?
- Hvordan reduseres faren for tilbakefall?

Schizofreni

- Et klinisk syndrom med varierende men gjennomgripende endringer i persepsjon tanker, følelser, bevegelser og atferd
- Forløp varierer mye fra person til person
- Ca 20% har bare en psykotisk episode

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Historie

- Beskrevet av leger i antikkens Hellas
- Sett på som "last" i middelalderen
- Oppfattet som sykdom fra 1700- tallet
- Dementia juvenilis, Morel, 1852
- Hebephrenia, Ewald Hecker, 1870- tallet
- Dementia praecox, Emil Kraepelin 1893, 1898
- Schizofreni, Bleuler 1908
- Første rangs symptomer, Kurt Schneider, 1939, 1957
- Psykologiske årsaker, Meyer, Sullivan
- Kritikk av institusjonsbehandling
- Deskriptive kriterier i DSM-III, 1980

Sykehus

- Dårkister, Trondheim fra 1630-tallet
- Oslo hospitals dollhus 1778
- Gaustad sykehus 1855, første statsasyl
- Rotvoll 1872
- Østmarka 1919-
- Fra 1970- tallet: Institusjoner nedlegges mens Distrikpsykiatriske sentre og kommunalt hjelpeapparat utbygges

Innhold

- Historie
- **Epidemiologi**
- Etiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Forekomst

- Livstidsprevalens 0,6- 1,9 %
- Punktprevalens for antall som får behandling 0,15- 0,25 %
- Insidens 5- 15/ 100000 per år
 - ca 20- 40 per år i Sør- Trøndelag
- Debut ca 15- 35 år, flest 18- 25
- Tidligere debut ved rusmisbruk

Kjønnsforskjeller

- Trolig like mange kvinner som menn
 - men flere menn i sykehusene
- Kvinner blir syke senere (median)
 - menn blir oftest syke 15-25 år gamle (22 år)
 - kvinner blir oftere syke 20- 35 år gamle (24år)
- Kvinner har bedre forløp
 - bedre sosial fungering
 - mindre negative symptomer
- Mulig at østrogen beskytter mot psykose?

Andre forskjeller i prevalens

- Hyppigere blandt fødte i januar til april
- Hyppigere i store byer (>1 000 000!)
- Forskjeller mellom land og verdensdeler
 - metodeproblemer men trolig reelle
 - pga forskjell på infeksjoner, sosialt stress mm??
- Hyppigere i sosialt lavere lag
 - downward drift og sosiale årsaker?
- Hyppigere hos innvandrere
- Hyppigere ved høy alder hos far

Samfunnsmessig betydning

- Viktig sykdom pga
 - tidlig debut
 - ofte stor funksjonssvikt
 - langvarig behandlingsbehov
- Ca 1% av bruttonasjonalprodukt i vestlige land til behandling, omsorg og støtte
- Ca 5 milliarder i Norge

Annen helse

- Overhyppighet av somatiske sykdommer
 - tidligere død av hjertesykdom mm
- Overhyppighet av suicid
 - Ca 5 (-10) % gjennomfører suicid
 - 50 % forsøker suicid
 - Sykdomsinnsikt kan øke suicidaltanker
- De fleste røyker (75 %)!)
- Ca 50 % har rusproblemer
- De fleste er arbeidsuføre i vanlig arbeidsliv

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- **Etiologi**
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Arvelighet

- Arvelighet ca 80%
- Livstidsprevalens gitt sykdom i familien
 - bakgrunn 1%
 - søsken 8%
 - en foreldre 10%
 - dizygot tvilling 5-15 %
 - begge foreldre 30-35%
 - monozygot tvilling 30-45%
- De fleste syke har ikke syk førstegradsslektning

Genetikk

- Mange kandidatgener
 - Dysbindinggenet, Neuregulin-1, D-amino-acid oxidase (DAO), D-amino-acid oxidase activator (DAOA), Regulator of G-protein signalling 4 (RGS4)?, Disrupted in Schizophrenia 1 (DISC1)?
- Hvert kjente gen til nå bidrar svært lite
 - Polygen arv og samspill med stressfaktorer
- Gen- miljø interaksjoner Hanquet et al, Schizophr Bull. 2008
 - COMT Val158Met og cannabis?
- Kromosomforandringer kan medføre psykose
 - DiGeorge Syndrom (delesjon 22q11 området)

Psykososiale teorier

- Forstyrrelser i tidlig tilknytning og selvutvikling
- Lærte reaksjoner
- Dobbelkommunikasjon i familier
- Uklare familiestrukturer

Stress- sårbarhets modellen

- sårbarheten skyldes arv, fosterliv, infeksjoner, fødselsskader, traumer, belastninger mm
 - stress kan være biologisk, psykologisk eller sosialt
 - sykdom og tilbakefall utløses ved for mye stress i forhold til sårbarheten
- Nuechterlein & Dawson, Schizophr Bull. 1984

Rus som årsak til psykose

- Rus gir forverring av kroniske psykoser
- Rus kan gi rusutløste kortvarige psykoser
- Brukere av cannabis har dobbel risiko for senere schizofreni
 - Moore THM et al, Lancet; 370:319-8
- Det er estimert at ca 8% av schizofrenitilfeller kunne vært unngått hvis man ikke hadde brukt cannabis. Størst risiko ved tidlig bruk.
 - Arseneault L et al, Br J Psychiatry, 2004, 184, 110-117

Nevrotransmittere

- dopamin hypotesen, overaktivitet i D₂-reseptorer i mesolimbiske baner (Arvid Carlsson)
- forskning på glutamat, serotonin, noradrenalin, aminosyrer mm
- de forskjellige systemene henger sammen på svært komplekse måter

Strukturelle forhold

- nevrodevelopmentale funn i det limbiske system, basalganglier og i cortex, særlig frontalt og temporalt
 - uryddig lagdeling i cortex
 - mindre hippocampus og corpus callosum
 - noe mindre cerebrum med økt ventrikkelstørrelse
- nevrodegenerative funn hos noen

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- **Symptomer**
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Hva er psykose?

- Hallusinasjoner, vrangforestillinger eller et begrenset antall alvorlige atferdsavvik, som kraftig eksaltasjon og overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon og kataton adferd”. (ICD- 10, WHO, 1992)

Psykoselidelser

- Schizofreni
- Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser)
- Akutte og forbigående psykoser
- Indusert psykose
- Schizoaffective lidelse
- Psykotisk lidelse utløst av psykoaktive stoffer (Rusutløst psykose)
- Sent innsettende psykotisk lidelse fremkalt av psykoaktive stoffer

Andre lidelser med psykotiske symptomer

- Demens m vrangforstillinger eller hallusinasjoner
- Organisk hallusinose eller paranoid lidelse
- Mani med psykotiske symptomer
- Alvorlig depresiv episode med psykotiske symptomer

Beskrivelse av schizofreni i ICD 10

- Generelt kjennetegnes lidelsene ved fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Klar bevissthet og intellektuell kapasitet er vanligvis opprettholdt selv om en viss kognitiv svikt kan utvikles over tid. Lidelsen rammer de mest grunnleggende funksjonene som gir normale personer en opplevelse av individualitet, egenart og mening. De mest intime tanker, følelser og handlinger oppleves ofte som kjente for, eller delt av, andre. Forklarende vrangforestillinger kan utvikle seg slik at pasientene mener at naturlige eller overnaturlige krefter påvirker deres tanker og handlinger på måter som kan virke umulige. Personen kan oppfatte seg selv som midtpunkt for alt som skjer. Hallusinasjoner, særlig auditive, er vanlige og kan påvirke personens atferd eller tanker. Persepsjonen er ofte forstyrret på andre måter; farger eller lyder kan virke overdrevent sterke eller kvalitativt endrede. Irrelevante trekk ved ordinære ting kan oppfattes som viktigere enn hele objektet eller situasjonen.

- Rådløshet er også vanlig på et tidlig stadium og fører ofte til en tro på at hverdagslige situasjoner har en spesiell, og vanligvis truende, betydning som kun er tiltenkt personen selv. I den karakteristiske forstyrrede tenkning, blir perifere og irrelevante trekk, som vanligvis undertrykkes, fremhevet og brukt i stedet for trekk som er relevante i situasjonen. Slik blir tenkningen vag, ufullstendig og uklart, og uttrykt i tale kan den bli uforståelig. Tankerekken er preget av avbrudd og innskytelser, og det synes som om tankene blir holdt tilbake av utenforliggende krefter. Stemningsleiet er typisk overfladisk, ustadig eller upassende. Ambivalens og forstyrrelse av viljeslivet kan gi seg utslag i treghet, negativisme eller stupor. Katatoni kan forekomme. Debuten kan være akutt, med alvorlig forstyrret atferd, eller snikende, med gradvis utvikling av merkelige ideer og rar oppførsel. Lidelsens utviklingsforløp er variabel og er på ingen måte uunngåelig kronisk eller progredierende. En viss andel av tilfellene, som varierer mellom kulturer og folkeslag, oppnår fullstendig eller delvis restitusjon. Det er ingen kjønnsforskjeller når det gjelder insidens, men debutten synes å inntreffe senere hos kvinner.

Kriterier for schizofrenidiagnosen

- (a) tankeekko, tankepåføring eller tanketyveri, og tankekringkasting,
- (b) vrangforestillinger når det gjelder persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet med klar referanse til bevegelse av kropp eller kroppsdeler eller spesifikke tanker, handlinger eller følelser,
- (c) hallusinatoriske stemmer som løpende kommenterer eller diskuterer pasienten i tredje person, eller andre typer hallusinatoriske stemmer som kommer fra ulike deler av kroppen,
- (d) vedvarende vrangforestillinger av andre typer som er kulturelt upassende og fullstendig umulige, som religiøs eller politisk identitet, eller overmenneskelige krefter og egenskaper (f eks å kunne styre været eller kommunisere med vesener fra en fremmed verden),

Kriterier for schizofreni II

- (e) vedvarende hallusinasjoner av alle modaliteter, som enten er ledsaget av vage eller halvformulerte vrangforestillinger uten et klart affektivt innhold, vedvarende overvurderte ideer, eller som inntreffer daglig og vedvarer i uker eller måneder,
- (f) tankeavbrudd eller -innskytelser som gir usammenhengende eller irrelevant tale, eller neologismer,
- (g) kataton atferd, som eksitasjon, posering, voksaktig fleksibilitet, negativisme, mutisme og stupor,
- (h) «negative» symptomer som markert apati, avbrutt tale og avflettede eller usammenhengende følelsesmessige responser som vanligvis resulterer i sosial isolasjon og nedsatte sosiale evner, men som ikke skyldes depresjon eller behandling med neuroleptika,
- (i) en betydelig og vedvarende kvalitetsendring av enkelte sider ved personlig atferd, tilkjennegett som interesseløshet, formålsløshet, liten aktivitet, selvpåttatthet og sosial tilbaketrekning.

Retningslinjer

Det vanlige kravet for en schizofrenidiagnose er at minst ett meget klart symptom (vanligvis to eller flere hvis symptomene er mindre tydelige) som tilhører en av gruppene (a) til (d) ovenfor, eller symptomer fra minst to av gruppene (e) til (h), må ha vært tydelig til stede i en vesentlig del av tiden i en periode på **en måned** eller mer. Tilstander som oppfyller slike symptomatiske krav, men som varer mindre enn en måned (behandlet eller ikke) bør i det første tilfellet diagnostiseres som akutt schizofrenilignende psykotisk lidelse (F23.2) og omklassifiseres som schizofreni hvis symptomene vedvarer i lengre perioder. Symptom (i) i oppstillingen ovenfor gjelder bare diagnoser på enkel schizofreni (F20.6) med minst ett års varighet.

Prodromal fase

- I ettertid kan det vise seg at en prodromal fase med symptomer og atferd som for eksempel manglende interesse arbeid, sosiale aktiviteter og personlig utseende og hygiene, i kombinasjon med generell angst, lett depresjon og sinnsforvirring, oppsto noen uker eller måneder før de psykotiske symptomene. På grunn av vansken med å tidfeste debutten, gjelder varighetskriteriet på en måned bare de spesifikke symptomene i oppstillingen ovenfor, og ikke prodromer i en ikke-psykotisk fase.

Ekklusjonskriterier

- Diagnosen schizofreni bør ikke stilles hvis omfattende depressive eller maniske symptomer er til stede, med mindre det er sikkert at schizofrene symptomer inntreffer før den affektive lidelsen. Hvis både schizofrene og affektive symptomer utvikles sammen og er jevnt balansert, skal diagnosen schizoaftaktiv lidelse (F25.-) stilles, selv om de schizofrene symptomene i seg selv er forenlige med en schizofrenidiagnose. Schizofreni må ikke diagnostiseres ved åpenbar hjernesykdom, under påvirkning av stoff eller ved abstinensstilstander. Lignende lidelser som utvikles under epilepsi eller annen hjernesykdom, skal klassifiseres under FO6.2, og lidelser som er fremkalt av psykoaktive stoffer, under F1x.5.

Undertyper schizofreni

- vanskelig å skille fra hverandre
- paranoid schizofreni preget av vrangforestillinger eller hallusinasjoner
- hebefreni, disorganisert
- kataton, psykomotoriske fenomener, fra stupor til eksitasjon
- udifferensiert, ingen av de andre eller blanding av flere, brukes mye nå
- enkel schizofreni, sjelden, vanskelig

Flere undertyper

- Post- schizofren depresjon
 - schizofreni i løpet av siste 12 måneder, fortsatt noe symptomer, dessuten symptomer som ved depressiv episode
- Residual schizofreni
 - har hatt schizofrene psykotiske symptomer, nå mest negative symptomer i minst et år
- Cenestopatisk schizofreni
 - Kroppsopplevelser

Symptomer

Vrangforestillinger
Hallusinasjoner
Tanke- og taleforstyrrelser
Affektforstyrrelser
Passivitetsfenomener
Motoriske forstyrrelser
Kognitiv svekkelse
Redusert sykdomsinnsikt
Apati
Tilbaketrekking

Kognitive svekkelser

- Arbeidshukommelse
- Eksekutive funksjoner/ utførelsesfunksjoner
- Hukommelse, visuell og verbal
- Motorisk tempo
- Har stor betydning for funksjon
- Kartlegges med nevropsykologisk undersøkelse
- Store individuell forskjeller

Apati

Manglende initiativ
Manglende interesse
Fører til liten aktivitet, sosial isolasjon
Særlig i kroniske tilstander

OBS: kan være bivirkning av antipsykotika eller depresjon

Svekkelse av fysisk integritet

- Et hovedtrekk ved schizofreni er at pasienten opplever at den fysiske integriteten til personer er svekket.
- Det innebærer at man opplever at en selv og andre kan påvirke og gripe inn i prosesser i andre mennesker på en måte som ikke er fysisk mulig
- Dette skaper kaos og angst og gir et behov for å forklare det man opplever

“Positive” og “negative” symptomer

Positive: tankeforstyrrelser, disorganisering, upassende følelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner

Negative: fattig tanke og tale, svekket vilje, følelsesavflating, manglende energi, initiativ og interesse

Allmenne symptomer: angst, depresjon mm

Kartlegges bla med PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), semistrukturert intervju

Basissymptomer

- den subjektive opplevelsen av visse grunnleggende symptomer
- formulert av den tyske fenomenologisk psykologiske skolen med Gerd Huber
- har vist seg å kunne predikere senere psykose

Basissymptomene

- selvforstyrrelser
- oppmerksomhets- og persepsjonsforstyrrelser
- kognitive symptomer
- handlings- og bevegelsesforstyrrelser
- ”konestesier/ cenestopatier”
- uspesifikke forstyrrelser i selvet (energi mm)

Selvforstyrrelser

- forandring i opplevelse av identitet
 - Bla kjønnsidentitet
- derealisasjonsopplevelser
 - verden er kulisseaktig og svikefull
- depersonalisasjonsopplevelser
 - ikke kjenner igjen seg selv
 - opplever at man ikke eksisterer
 - ikke henge fysisk sammen med kroppen

Oppmerksomhets- og persepsjonsforstyrrelser

- vanskelig å sortere ut uvesentlige stimuli
- lyd- og lysinntrykk forsterket eller svekket
- intensitet i interesse forstyrret
- evne til å skifte fokus forstyrret
- ser detaljer i stedet for helhet

Kognitive forstyrrelser

- alvorlige konsentrasjonsvansker
- fremmede tanker skytes inn
- meningsløs grubling over detaljer
- blokkering av tanker
- sier ting de ikke hadde tenkt å si

Handlings- og bevegelsesforstyrrelser

- utfører bevegelser mot egen vilje
- grimaser og spesielle bevegelser
- automatiske bevegelser må overveies
- må tenke bevisst på enkle bevegelser

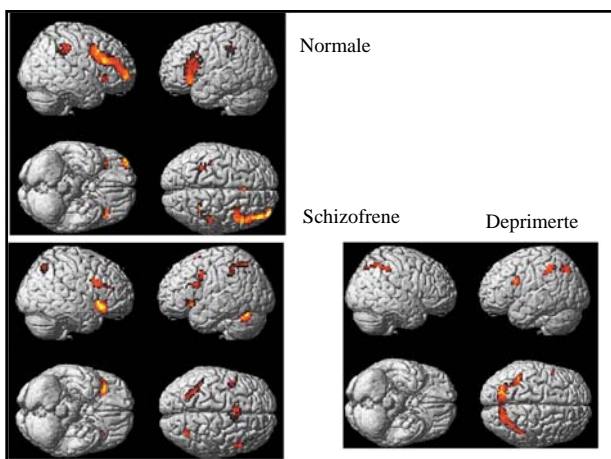
”Konestesier/ Cenestopatier”

- Forskjellige kroppslige opplevelser
- Kan vare noen sekunder
- Svakhhet, smerte, kulde, følelseløshet
- Kan føre til somatiske vrangforestillinger

Opplevde tidlige endringer

- Kognisjon og bevissthetsstrøm
- Selvbevissthet og primær tilstedeværelse
- Kroppslige opplevelser/ kroppsbvissthet
- Demarkasjon og transitivisme
- Eksistensiell reorientering

- Examination of Anomalous Self-Experience (EASE), Parnas et al 2005
- Norge: Paul Møller, Lier sykehus
 - Schizofreni og selvet - eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1022-5
 - http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1177961



Hvordan utrede psykoser?

- Spesialisthelsetjeneste lett tilgjengelig når pasient og pårørende trenger den
- Omfattende utredningsprogram
 - Se feks <http://folk.ntnu.no/fovig/p3>
- Tverrfaglig samarbeid
- Nettverk med ambulant, poliklinisk, dag- og døgntilbud

Hvem utreder psykoser?

- Skal gjøres av spesialisthelsetjenesten
- Henvis eller diskuter med psykiater så snart som mulig
- I Sør- Trøndelag: kontakt gjerne post 3 på Østmarka eller det polikliniske Psykoseteamet for nysyke på Østmarka
- Antipsykotisk medisin skal initieres etter vurdering av psykiater

Noen spørsmål man kan stille I

fra "Signs and Symptoms of Psychotic Illness"

- Har du vært engstelig eller bekymret den siste uken?
- Har du vært trist eller i dårlig humør, eller har du vært i høy stemning den siste uken?
- Har du følt deg irritabel? Har du vært i konflikt med noen?
- Er det ting du trives med å gjøre? Hvordan har appetitten din vært?
- Føler du deg fysisk frisk?
- Har du hatt noen problemer med å sove? Har du våknet tidligere enn vanlig?
- Har du hatt noen rare eller uvanlige opplevelser i det siste?
- Har du noen spesielle venner? Er du en spesiell person på noen måte?
- Snakker andre mennesker om deg? Har det vært noen henvisning til deg på TV?

Noen spørsmål man kan stille II

- Har noen prøvd å skade deg?
- Har noe eller noen blandet seg inn eller forstyrret dine tanker?
- Kan andre mennesker høre hva du tenker?
- Har en eller annen ytre kraft eller påvirkning tatt kontroll over deg?
- Hører du stemmer selv om et ikke er noen der?
- Oppmerksomhet: Spør om hva 100 - 7 er fem ganger.
- Orientering: Spør om tid, sted og situasjon
- Still så spørsmål om daglige aktiviteter, interesser og relasjoner
- Til slutt, spør pasienten om pasientens eget syn på hans/ hennes lidelse og behandling.

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Symptomer
- **Differensialdiagnoser**
- Behandling
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)

- enkeltstående eller flere beslektede vrangforestillinger
- vanligvis vedvarende og noen ganger livsvarige
- ofte om forfølgelse, hypokondriske ider, grandiose ideer, konflikter, sjalusi, misformet kropp, vond lukt, at man er homofil
- varighet minst 3 måneder (DSM- IV 1 mnd)

Paranoid psykose II

- har aldri hatt schizofrene symptomer
- noe hallusinasjoner kan forekomme
- forestillinger kan være relatert til livssituasjon
- affekt, tale og adferd normal når ikke relatert til vrangforestillingene

Akutte og forbigående psykoser

- Inndeling:
 - Akutt polymorf psykose (non- schizofreniform)
 - Akutt polymorf schizofreniform psykose
 - Akutt schizofrenilignende psykose
 - Akutt paranoid psykose
 - Andre akutte psykoser
- vanskelig å skille dem klart fra hverandre

Kriterier for akutte psykoser

- akutt debut, i løpet av 2 uker
 - kan ha brå debut, i løpet av 48 timer
- kan kodes med og uten akutt påkjenning
- eksklusjon: schizofreni, paranoid psykose, mani, depresjon, organisk årsak, rusutløst
- varighet max 1 måned for schizofreniform/schizofrenilignende
- max 3 måneder for polymorf og akutt paranoid psykose

Schizoaffektiv lidelse

- symptomer på schizofreni og affektiv lidelse samtidig eller få dager etter hverandre i samme sykdomsperiode
- grovt sett en blanding av schizofreni og affektiv lidelse hvor begge deler er omtrent like dominerende og varierer i takt

Kronisk hallusinatorisk psykotisk lidelse

- har kroniske hallusinasjoner
- fyller ikke kriteriene for schizofreni, affektive psykoser eller paranoid psykose

– Noen rapporterer at de hører stemmer uten at de har noen psykisk lidelse, "hearing voices"

Psykotisk lidelse utløst av psykoaktive stoffer

- under eller straks etter bruk av psykoaktive substanser (vanligvis innen 48 timer, evt 2 uker (DSM angir 1 måned))
- livlige hallusinasjoner (ofte hørsel), forestillinger, eksitasjon eller stupor og avvikende affekt fra frykt til ekstase
- forsvinner, i det minste delvis innen 1 måned, og fullstendig innen 6 måneder

Bruk av forskjellige typer substanser

- sentralstimulerende (kokain og amfetamin):
 - psykose er knyttet til høye doser og/ eller lang tids bruk
- hallusinogener (LSD, meskalin, høye doser cannabis):
 - gir hallusinasjoner og persepsjonsforstyrrelser under akutt rus
 - psykosediagnose må basere seg på flere symptomer enn hallusinasjoner ved nylig inntak

Mani

- oppstemt eller irriterbar, unormalt for personen, i minst 1 uke
- hyperaktivitet, taletrengthet, tankeflukt, tap av hemninger, redusert søvnbehov, økt selvtillit, overdreven eller grandios selvfølelse (minst 3-4 av disse)
- alvorlig forstyrrelse av daglig aktivitet
- obs aggressive utbrudd

Mani med psykotiske symptomer

- forestillinger om egen storhet, posisjon, betydning, bedrifter eller om forfølgelse
- kan bli uforståelig for andre
- kan bli selvforsømmende
- obs aggresjon
- forestillingene går over med manien

Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer

- symptomer på depresjon
- vrangforestillinger om synd, gjeld, katastrofer, alvorlig sykdom, forfølgelse, at man er død
- hallusinasjoner med beskyldninger, vond lukt
- kan være depressiv stupor
- symptomene går over med depresjonen

Differensialdiagnoser til psykoser

- delirium ikke utløst av psykoaktive stoffer
- abstinensstilstand med delirium
- amnestisk syndrom
- flashbacks
- schizotyp lidelse
- bipolar lidelse
- depresjon

Differensialdiagnoser til psykoser II

- dissosiative lidelser
- obsessiv- kompulsiv lidelse (tvangslidelser)
- sosial fobi
- schizoid personlighetsforstyrrelse
- paranoid personlighetsforstyrrelse
- psykisk utviklingshemming
- Aspergers syndrom
- simulering..

Somatiske differensialdiagnoser

- epilepsi
- hjernesvulst
- hjerneskade
- kromosomavvik
- endokrine og metabolske forstyrrelser
- infeksjoner
- multipel sklerose
- apoplexia cerebri

Komorbiditet

- NB: differensialdiagnosene kan forekomme samtidig med psykose
- Vanlig med rusmisbruk, ca 50%
 - Lavere etterlevelse av behandling
 - Mere vold og sosiale problemer
- Kanskje vanlig med affektive lidelser (10-80% ??)
- Overhyppighet av somatiske lidelser ved alvorlige psykiske lidelser

Schizotyp lidelse

- upassende eller hemmet affekt (personen virker kald og fjern),
- rar, eksentrisk eller påfallende atferd,
- dårlig kontakt med andre og tilbøyelighet til sosial tilbaketrekning,
- underlige oppfatninger eller magisk tenkemåte som påvirker atferd og er i uoverensstemmelse med subkulturelle normer,
- mistenksomhet eller paranoide oppfatninger,

Schizotyp lidelse II

- tvangsmessig grubling uten indre motstand, ofte med dysmorfofobisk, seksuelt eller aggressivt innhold,
- uvanlige perseptuelle opplevelser med somatosensoriske (kroppslige) eller andre illusjoner, depersonalisasjon- og derealisasjonssyndrom,
- vag, omstendelig, metaforisk, overdetaljert eller stereotyp tenkning, uttrykt ved underlig tale eller på andre måter, men uten betydelig inkohrens,
- leilighetsvis og forbigående nær- psykotiske episoder med intense illusjoner, auditive eller andre hallusinasjoner og ideer på grensen av vrangforestillinger, som vanligvis inntreffer uten noen provokasjon.

Schizotyp lidelse III

- 3-4 av disse kontinuerlig eller episodisk til stede i minst 2 år
- genetisk beslektet med schizofreni
- ikke klar psykose
- obs psykose ved økende funksjonssvikt

Depresjon

- depresjon vanlig ved psykotiske lidelser
- obs fare for suicid
- kan forveksles med negative symptomer og bivirkinger av medisiner
- depresjon forverrer andre psykiske lidelser
- bør alltid tenke på muligheten av depresjon ved psykose og kartlegge dette
- kan bruke Beck Depression Inventory (BDI) eller Calgary Depression Scale for Schizophrenia(CDSS)

Psykisk utviklingshemming

- noen pasienter med schizofreni har også psykisk utviklingshemming
- nevropsykologisk utredning bør gjøres hos de fleste med schizofreni pga kognitive problemer
- PU er vedvarende < > schizofreni er ervervet slik at man kan identifisere en endring i funksjon, funksjonsknekk

Aspergers syndrom

- Mildere form for autisme
- Forstyrret sosialt og emosjonelt samspill
- Begrensede og stereotype interesser
- Normal intelligens
- Klossete
- Vedvarende karakteristiske stabile egenskaper
- Psykotiske episoder av og til i tidlig voksen alder

ADHD

- Pasienter med schizofreni kan ofte beskrive at de har vanskelig for å tenke
- Tror ofte selv at det skyldes at de har ADHD
- Kan i stedet være tankeforstyrrelse
- Undersøkes med nevropsykologisk testing og anamnese fra komparenter (foreldre)

Simulering

- forekommer!
- manglende samsvar mellom beskrevne symptomer, atferd og emosjoner

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- **Behandling**
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Akutt behandling ved psykose

- Etablere kontakt
- Skape trygghet, være tydelig, redusere angst
- Være aktiv og løse konkrete problemer
- Redusere stress og inntrykk
- Innleggelse ved behov
- Antipsykotisk og evt beroligende medisin
- OBS suicidalfare, aggresjon og egenomsorg

Initial behandling

- Bio-psyko-sosial forståelse og behandling.
- Utredning i samarbeid med familien.
- Behandling og utredning av førstegangssyke er et anliggende for spesialister.
- Prioritere poliklinisk behandling, eller etter pasientens ønsker og behov.
- Pasienter og pårørende har krav på informasjon om utredning, behandling og rettigheter.

Initial behandling (II)

- Identifiser og definere problemstillinger iht. pasientens og pårørendes synspunkter.
- Lavt stressnivå, trygghet, respekt og åpenhet er utgangspunkt for behandlingsalliansen.
- Kontakt familien så raskt som mulig og gi informasjon. Tilby krisestøtte.
- Lag behandling- og tiltaksplan sammen med pasient og familie

Initial behandling (III)

- Gi informasjon om lidelsen og behandlingen.
- Vær forsiktig med antipsykotika de første dager, evt uker hvis ikke akutt behov
- Annengenerasjons antipsykotika å foretrekke
- Laveste effektive dose
- Foreta strukturerte symptomvurderinger
- Forbered pasienten på bivirkninger

Kartlegging av fare ved psykoser

- Psykotisk selvskading, suicidalfare
- Fare for andre, trusler, psykotisk vold
- Fare pga redusert funksjon
 - bilkjøring, sykling, trafikk osv
- Risiko for skade eller smitte pga rusbruk eller ukritisk atferd
- Redusert egenomsorg, ernæring, mangler hus, penger, mat
- Fare for å bli utsatt for overgrep

Fortsatt behandling og omsorg

- Psykoedukativt familiearbeid, antipsykotika og atferdsbasert familieintervensjon er dokumentert effektivt.
- Nær samarbeid mellom poliklinikk, døgnetenhet og kommunehelsetjeneste
- Individuell behandlingsplan.
- Styrking av mestring
- Forebygge kriser
- Avklare gjeld og behov for hjelp med økonomi

Fortsatt behandling og omsorg (II)

- Forutsigbar og oversiktlig behandling.
- Aktiv rehabilitering og integrering i samfunnet er av stor betydning.
- Gode samarbeidsformer mellom primærtjeneste, trygdeetat og psykiatri.
- Realitetsorienterte og støttede tilnæringer er å foretrekke fremfor innsiktsrettede.
- Kognitiv terapi og atferdsterapi er i økende grad tatt i bruk

Fortsatt behandling og omsorg (III)

- Innsiktsorientert psykoterapi er omdiskutert og trolig aktuelt bare for noen få.
- Forståelse av dynamikken i samspill og relasjoner er viktig.
- Individual-psykoterapi rettet mot mestring og identifisere egne følelsesmessige, kognitive og fysiologiske reaksjoner på stress og mestre disse.
- Kurs & mestringsgrupper oppleves ofte som nyttig.

Fortsatt behandling og omsorg (IV)

- Bra fungerende og støttende sosial nettverk, sammen med arbeid og positive fritidstilbud henger sammen med bra sykdomsforløp (rusbruk, suicid, sykehusinnleggelse, sosiale ferdigheter mm)
- Betydningen av å koordinere og organisere behandlingsskjeden

Kriseplan,

se Schizofreni- kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyn, utredningsserie 9-2000, side 49.

Utredningsserie 9/2000 Vedlegg 1

Kriseplan og personlige varselgjelder for tilbakefall

(Dokument fra Kroatia-skole, Klinisk Psykiatri, vedtatt av San-Tidning, Psykiatri (Sykehus))

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Ring 3. Hvis du opplever angst eller angst ang: _____

Ring 3. Hvis du trenger hjelp av andre: _____

Ring 3. Denne det er nødvendig å få gjennomført utredning

Navn: _____

Telefonnummer: _____

Ring 4. Denne det blir sykter i tilfelle i som hjelper til i oppfølging

Telefonnummer: _____

og for å se til at psykososiale behovene og behandling (som også i varer etter utredning eller diagnose)

Følgende personer fungerer ang bered til å gi hjelp eller bistand i tilfelle psykiske over og samarbeide for å etablere beredningstiltak.

Person: _____ dato _____ Pårørende/andre: _____ dato _____

Leger: _____ dato _____ Annet utredningsperson: _____ dato _____

Evidensbaserte psykososiale rehabiliteringsstrategier

- Familiebasert psykoedukasjon.
- Arbeid med bistand
- Sosial ferdighetstrening.
- Ambulante team: aktivt oppsøkende og tverrfaglig behandling.
- Integreert dobbeldiagnosebehandling
- Kognitiv terapi mot psykotiske symptomer.

Familiebasert psykoedukasjon

- For pasienter som har jevnlig kontakt med sine slektninger
- Høy "Expressed emotion"
 - overinvolvering og kritikk
 - har sammenheng med økte tilbakefall
- Informasjonsarbeid til pårørende om sykdom og behandling og behovet for å redusere stress
- Problemløsning for å hjelpe alle til å nå sine mål.
- Lavere tilbakefall, og redusere familiens byrde

Arbeid med bistand

- Forsøker rehabilitering og yrkesrettet attføring, mange blir uføre
- Flere kan komme ut i jobb med bedre tilpasning og langtidbistand på arbeidsplassen
- Arbeid bedrer symptomer, funksjon, sosial situasjon og livskvalitet

Sosial ferdighetstrening

- Systematisk trening i mellommenneskelige ferdigheter basert på sosial lærings-teori.
- Bedre kvalitet i sosiale relasjoner.
- Pasienter med dårlig sosial fungering
- Kan også øve på å si nei til rus og takle risikosituasjoner

Ambulante team: aktivt oppsøkende og tverrfaglig behandling

- Tilbud: Langvarig og intensiv "Case management" med høy bemanningsfaktor, tverrfaglig behandling, "shared & low caseload"
- For hvem? høyt behandlingstrengende pasienter, storforbrukere av helsetjenester.
- Effekt: færre sykehus opphold, mer stabil bosituasjon, mindre alvorlige symptomer, bedre livskvalitet

Integrert behandling av ruslidelse og psykose

- Samme klinikere eller miljø er ansvarlig for å behandle psykose og ruslidelse
 - For å koordinere og samkjøre behandlingen
 - Schizofrene har ofte ikke nytte av behandling i rusinstitusjoner pga symptomer og kognitive problemer
- Kartlegg og påvirk motivasjon
- Motiverende intervjueteknikk (MI)
- Skadereduksjonsmodellen
- Langvarig behandling som ofte har effekt

Kognitiv terapi mot psykotiske symptomer

- Individuelt eller gruppebasert terapi som hjelper pasienten å evaluere evidens som støtter vrangforestillinger og å utvikle alternative forklaringer.
- Redusere alvorligheten og hyppigheten av psykotiske symptomer, gjøre disse symptomer mindre stressende for pasienten, samt redusere tilbakefall.
- Pasienter med medisinresistente hallusinasjoner og vrangforestillinger.



Antipsykotisk medisin

- først vurdering av spesialist
- bruker oftest nyere "atypiske" antipsykotika
- lave doser hvis mulig
- kontinuerlig behandling
- monitorerer effekt og bivirkninger
- vurder bytte etter 2-3 måneder ved utilstrekkelig effekt
- klozapin som tredje alternativ, mest effektiv

Tradisjonelle/ gamle/ typiske/ første generasjon antipsykotika

- Lavdose (høypotent): haloperidol (Haldol), flupentixol (Fluanxol)
- Mellomdose: zuklopentixol (Cisordinol), perfenazin (Trilafon)
- Høydose (lavpotent): klorpromazin (Largactil), levomepromazin (Nozinan), klorprotixen (Truxal)

Nye/ atypiske/ andregenerasjon antipsykotika

risperidon (Risperdal) 2-6mg
olanzapin (Zyprexa) 5-20 (30)mg
aripiprazol (Abilify) 5-30mg
sertindol (Serdolect) 12-20 (24)mg
ziprazidon (Zeldox) 20x2- 80x2mg
quetiapin (Seroquel) 200-800mg
amisulprid (Solian) 50-300/ 400-800 (1200)mg
klozapin (Leponex) 200-900mg

Motoriske bivirkninger

Kalles ofte ekstrapyrimidale bivirkninger/
symptomer (EPS)
Akatisi: indre uro evt synlig uro (bena)
Parkinsonisme: skjelvinger, rigiditet, akinesi
Akutte muskeltremor/ dystonier
Sentkommende ufrivillige muskelbevegelse/
tardive dyskinesier

Depotpreparater til injeksjoner

- Gamle lavdose og mellomdose finnes som depotpreparater
 - virker i 2-4 uker
- Nye antipsykotika
 - risperidon suspensjon, Risperdal Consta, virker etter ca 3 uker
 - olanzapin suspensjon, ZypAdhera, tilsyn i 3 timer etter hver injeksjon

Klozapin (Leponex)

- Det mest effektive antipsykotikum
- Brukes når to andre ikke har gitt tilstrekkelig effekt
- Vanlig med vektøkning, økt spyttsekresjon og trøtthet
- Sjelden agranulocytose, må derfor ta blodprøve hver måned (først hver uke)
- Dosering 2-300 (-900) mg per døgn, må trappes opp gradvis

Metabolsk syndrom

- Livvidde/ overvekt
- Forhøyede triglycider/ lav HDL-kolesterol
- Forhøyet blodtrykk
- Insulinresistens/ forhøyet blodsukker

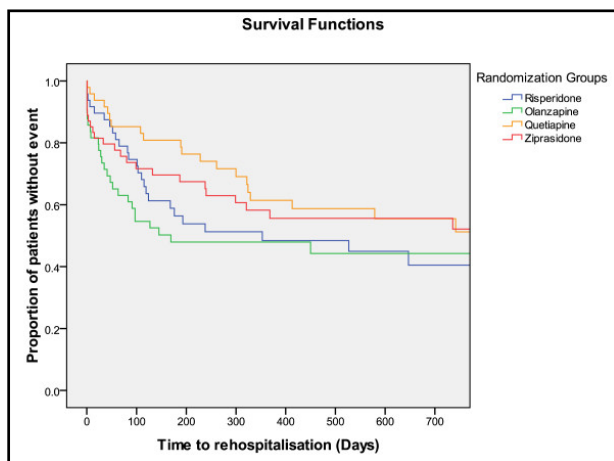
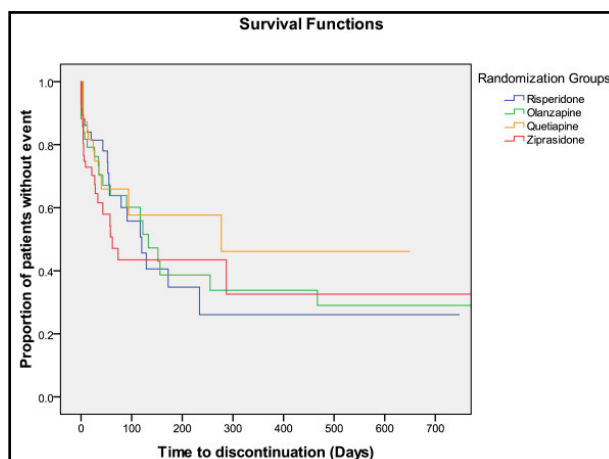
- Protrombotisk tilstand
- Proinflammatorisk tilstand

Sjeldne men viktige bivirkninger

- Malignt nevroleptikasyndrom
- Neutropeni/ Agranulocytose
- Hepatitt
- Myokarditt
- Kramper

Etterlevelse av medisinerer

- Ca halvparten av pasienter tar ikke medisinen som foreskrevet
- Store og merkbare konsekvenser ved psykose pga tilbakefall og nye innleggelseser
- Må jobbe målrettet og vedvarende med å opprettholde bruk av nødvendig medisin
- Praktiske forhold og økonomi viktig



Hvor lenge skal man bruke antipsykotika?

- Anbefalt 2 år ved en psykose, er individuelt
- 5 år ved flere psykoser eller komplisert
- Lengre ved alvorlig suicidforsøk eller vold under psykose
- Er mindre risiko for tilbakefall så lenge man bruker medisin
- OBS: halvparten slutter selv med medisin eller tar for lite, får da oftere tilbakefall
- Diskuter med spesialist før seponering

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- **Forløp**
- Tidlig intervensjon

Prognose

- De fleste får kronisk sykdom med betydelig funksjonssvikt
- Mange sier likevel etter hvert at de har det bra når de har bearbeidet krisen
- Forløpet er svært varierende
 - Ca 20% bare en innleggelse
 - Ca 60-70% funksjonssvikt med enkelte innleggelseser
 - Ca 10- 15% innlagt på sykehus en stor del av tiden
- Det er alltid håp om at det kan gå bedre

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- Forløp
- **Tidlig intervensjon**

Kan man forutse en psykose?

- Hvis forstyrrelse i tanker, persepsjon eller motorikk og symptomer på schizotyp personlighetsforstyrrelse: i løpet av 8 år fikk 58% schizofreni (Klosterkötter et al 2001)
- Hvis svake eller kortvarige psykotiske symptomer, psykose i familien og funksjonssvikt: i løpet av 1 år fikk 40% schizofreni (Yung et al 1996)
- Behandling kan forhindre psykosedebut!

Hvor tidlig kan en psykose diagnostiseres?

- Duration of untreated psychosis, DUP
 - Fra psykosedebut til antipsykotisk behandling
- Ofte anslått til 1-2 år internasjonalt
- Noen går syke i mange år, ikke uvanlig med 5- 10 år
- Midt- Norge 1998: 16 måneder mean (Gråwe et al, ikke publisert)
- TIPS: 26 uker mean, 5 uker median på det laveste

Fordeler med tidlig diagnostisering

- Kortere lidelse for pasienten
- Redusere belastning for pårørende
- Bedre samarbeid med pasienten
- Forhindrer suicid
- Redusere sosiale og økonomiske tragedier

- Man håper på bedre prognose ved tidlig behandling

TIPS- prosjektet

- "Tidlig intervensjon ved psykoser", massiv innsats for å få kort "varighet av ubehandlet psykose". Rogaland/ Ullevål/ Roskilde 1997-2000.
- Mindre positive og negative symptomer ved start av behandling
- Forskjell i negative symptomer opprettholdt etter 2 års behandling
Melle et al, Arch Gen Psychiatry. 2008;65(6):634-40

Behandling før psykose?

- Medikamenter eller kognitiv terapi i prodromalfase
- Prodromalfase er et retrospektivt begrep
 - Lite spesifikke symptomer
- Ethiske problemer ved antipsykotisk behandling for de som aldri ville fått psykose
- Uklart om fordelene er større enn ulempene

de Koning MB et al, Acta Psychiatr Scand 2009 Jun; 119(6):426-42. Epub 2009 Mar 10. Early intervention in patients at ultra high risk of psychosis: benefits and risks.

Effekt av behandling før psykose

- Behandling reduserer risiko for å utvikle psykose (11 vs 32%) på ett år ved høy risiko (Preti & Cella 2010)
 - Medisiner, terapi, psykososial støtte, omega-3
- Hos mange en utsettelse av psykose

Litteratur

- Schizofreni, omfang og betydning
Jan Olav Johannessen, Tidsskr Nor Legeforen 2002
- Schizofreni og molekylærgenetikk
Ole A. Andreassen og Vidar M. Steen, Tidsskr Nor Legeforen 2002
- Nevrobiologiske funn ved schizofreni
Odd Lingjærde, Tidsskr Nor Legeforen 2002
- Nevrokognitive forstyrrelser ved schizofreni
Bjørn Rishovd Rund, Tidsskr Nor Legeforen 2002
- Medikamentell behandling av schizofreni
Hugo Jørgensen, Tidsskr Nor Legeforen 2002
- Livskvalitet med schizofreni
Ingrid M. Høie, Tidsskr Nor Legeforen 2001
- Schizofreni
Red. Bjørn Rishovd Rund, Hertevig forlag 2005