

Schizofreni

John Chr. Fløvig
Overlege/ Førsteamanuensis II
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 kan man forstå psykose?
- Hvordan behandles schizofreni?
- Hvordan reduseres faren for tilbakefall?

Schizofreni

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

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)

Innhold

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

Fra schizofreniens historie

- Beskrevet av leger i antikkens Hellas
- Oppfattet som sykdom fra 1700- tallet
- Demence juvenile, 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
- Nevroleptika 1952, klorpromazin
- Nedbygging av institusjoner
- Deskriptive kriterier i DSM-III, 1980

Schizofrenia

- Foreslått i 1908 (1911) av Eugene Bleuler
- Skille mellom følelser, tanker og handlinger, altså mellom forskjellige deler av personligheten
- Kaltes dissosiativ patologi
 - har ikke noe med personlighetsspalting å gjøre, det kalles dissosiativ identitets forstyrrelse
- Bleuler antok at det var en gruppe lidelser med lignende symptomer, schizofreniene

Bleulers fire A-er

- Fundamentale eller primære symptomer
 - Assosiasjonsforstyrrelse
 - Affektavflating
 - Autisme
 - Ambivalens
- Aksessoriske (sekundære) symptomer
 - Vrangforestillinger, hallusinasjoner, katatoni, stereotypier osv
- Attention (svakket og forandret)

Kurt Schneider

- Førsterangssymptomer:
 - høre egne tanker uttalt høyt
 - tankekringkasting
 - høre stemmer som kommenterer eller diskuterer pasienten
 - oppleve at tanker settes inn i hodet eller tas ut av hodet av andre
 - blir kontrollert av ytre krefter
- Felles: opphevet grense mellom seg selv og ikke-selv
- Anses å være spesielt schizofrene, bisarre, symptomer
- Antagelse om at dette er samme pasienter som dementia praecox, som ikke er testet

Sykehus

- Dårkister fra 1600-tallet, Trondheim fra 1630-tallet
- Dollhus (i fattighus) fra 1700-tallet
 - Oslo hospitals dollhus 1778
- Trondhjems Hospitals Pleiestiftelse for Sindssvage, "Tronkaen" fra ca 1830
- Asyl fra 1800-tallet
 - Gaustad sykehus 1855, første statsasyl
 - Rotvoll 1872
 - Østmarka 1919-
- Fra 1970-tallet: Institusjoner nedlegges
- Distriktpsikiatriske sentre og kommunalt hjelpeapparat utbygges

Innhold

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

Forekomst

- Livstidsprevalens 1 % (0,6- 1,9 %)
- Punktprevalens for antall som får behandling 0,15- 0,25 %
- Insidens 15/ 100000 per år (7,3-43)
 - ca 40 per år i Sør- Trøndelag ?
- Debut ca 15- 35 år, flest 18- 25
- Tidligere debut ved rusmisbruk

Kjønnsforskjeller

- Flere menn blir syke
insidens anslått 1,4 : 1
- Menn blir syke tidligere (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
- 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
- Dvs ca 10 milliarder kr i Norge/
70 milliarder dollar i USA

Annen helse

- Overhyppighet av somatiske sykdommer
 - tidligere død av hjertesykdom mm
- Overhyppighet av suicid
 - Ca 5-6 (-10) % gjennomfører suicid
 - 50 % forsøker suicid
 - Sykdomsinnsikt kan øke suicidaltanker
- De fleste røyker (75 %)!)
- Ca 50 % har rusproblemer
- De fleste er arbeidsuføre ift vanlig arbeidsliv

Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- **Etiologi**
- Patofysiologi
- 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 førstegradslektning

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 Hempert et al, Schizophrenia Bull. 2008
 - COMT Val158Met og cannabis?
- Kromosomavvik kan øke risiko for psykose
 - DiGeorge Syndrom (delesjon 22q11 området)

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, diskusjon om årsakssammenheng
 - 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

Litt om immunologi og schizofreni

- Økt forekomst ved fødsle i januar til april antatt pga økt infeksjoner i fosterliv
- Betennelse øker interferon gamma som aktiverer indolamin 2,3-dioxygenase (IDO) som omsetter tryptofan til kynurenin som er toksisk samt blir mindre tryptofan til proteiner og serotonin. Kynurenin 3-monooxygenase (KMO) også lavere i hjerner fra schizofrene (mindre nedbryting)
- COX-2 hemmere forsøkt i behandling
- Kronisk forhøyet kortisol ved stress mistenkes forårsake atrofi i hjerneområder (TPA-aksen)

Psykososiale teorier

- Forstyrrelser i tidlig tilknytning og selvutvikling
- Dobbelkommunikasjon i familier
- Uklare familiestrukturer
- Tidlig alvorlig traumatisering

- Viktig men lite kunnskap om dette ved schizofreni

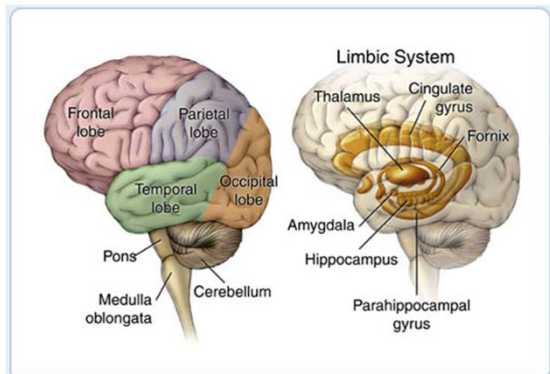
Stress- sårbarhets modellen

- sårbarheten skyldes arv, fosterliv, infeksjoner, ernæring, 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

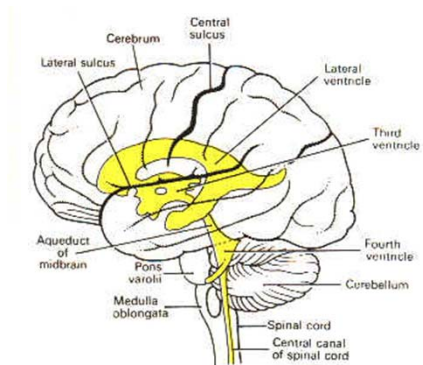
Innhold

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

Hjernens anatomi



Hjernens fire ventrikler (hulrom)



Strukturelle endringer

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

Nevrotransmittere

- dopamin hypotese, overaktivitet i D₂-reseptorer i mesolimbiske baner (Arvid Carlsson) (rus: amfetamin)
- glutamat hypotese, underaktivitet på NMDA reseptorer (rus: pcg og ketamin)
- også forskning på serotonin, noradrenalin, aminosyrer mm
- de forskjellige systemene henger sammen på svært komplekse måter

Glutamat

- Glutamat er agonist på NMDA reseptorer, som bla modulerer effekt av dopamin
- Hypotese om hypofunksjon
- NMDA reseptor antagonist gir negative og kognitive symptomer i dyreforsøk
 - PCP (englestøv), ketamin
- NMDA reseptor agonister forsøkes i behandling

Innhold

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

Beskrivelse av schizofreni (fra 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 tregheit, 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 I

- (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 sinnforvirring, 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.

Ekksklusjonskriterier

- 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 schizoaffectiv lidelse (F25.-) stilles, selv om de schizofrene symptomene i seg selv er forenlig 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

- paranoid schizofreni preget av vrangforestillinger eller hallusinasjoner
- hebefreni, disorganisert
- kataton, psykomotoriske fenomener, fra stupor til eksitasjon
- vanskelig å skille og ikke stabile
- Udifferensiert: ingen eller blanding
- enkel schizofreni, sjelden, vanskelig

Flere presentasjonsformer av schizofreni

- 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
 - Kroppshallusinasjoner

Symptomer ved schizofreni- oversikt

Hallusinasjoner

Vrangforestillinger

Disorganisering (tanke, tale og atferd)

Apati, avolisjon og anhedoni

Affektavflating (uttrykk)

Allmenne symptomer (depresjon, angst)

Kognitive symptomer

Funksjonstap

Hallusinasjoner

- En sensorisk opplevelse uten stimulering av det aktuelle sanseorganet
 - Lærebok i psykiatri, 2013, s 358

Vrangforestillinger

- Forestillinger som er feilaktige og fastholdes på tross av informasjon om manglende riktighet

Disorganisering

- Kan ramme tenking, språk og atferd
- Kalles assosiasjonsforstyrrelse eller formell tankeforstyrrelse
- Assosierer på siden, sammenhengen forsvinner eller sammenhengen mangler helt
- Ordsalat: snakke helt usammenhengende
- Neologismer: konstruere egne ord
- Ekkolali: gjenta ord formålsløst
- Tankekjør eller tankeblokk

Disorganisert atferd

- Endring i normale atferdssekvenser
 - Feks avbryte en samtale helt uventet
- Uten spesifikk målretting
 - Repeterende bevegelser
 - Manerismer
- Katatoni
- OBS dyskinesi som bivirkning

Kognitive symptomer

- 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

Cenesthopathy

- Cenesthesia (Konestesi, kroppsbevissthet)
 - "the general feeling of inhabiting one's body that arises from multiple stimuli from various bodily organs"
- Cenesthopathy
 - Generell følelse av kroppsbehag, eller
 - Lokalisert forstyrrelse av kroppsopplevelse
 - Kan vare bare noen sekunder
- For eksempel svakhet, smerte, kulde, følelseløshet
- Kan ha somatiske vrangforestillinger
- Cenestopatisk schizofreni

Tidligere opplevde endringer ved schizofreni

- Kognisjon og bevissthetsstrøm
 - Selvbevissthet og primær tilstedeværelse
 - Kroppslige opplevelser/ kroppsbevissthet
 - 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: 1022-5http://www.ildskriftet.no/index.php?seks_id=1177961

Noen nevrokognitive og neurofysiologiske funn i forskning

- Redusert evne til å gjenkjenne ansiktsuttrykk

Kohler CG et al. Schizophr Bull. 2009 Mar 27. Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review.
- Smooth pursuit eye movement abnormality, Sensory gating (P50) deficit, Sensory-motor gating: PPI (pre-puls inhibisjon), P300 component of the evoked potential

Thaker. Neurophysiological endophenotypes across bipolar and schizophrenia psychosis. Schizophr Bull. 2008 Jul;34(4):760-73. Epub 2008 May 22

Hvordan utrede psykoser?

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

Hvem utreder psykoser?

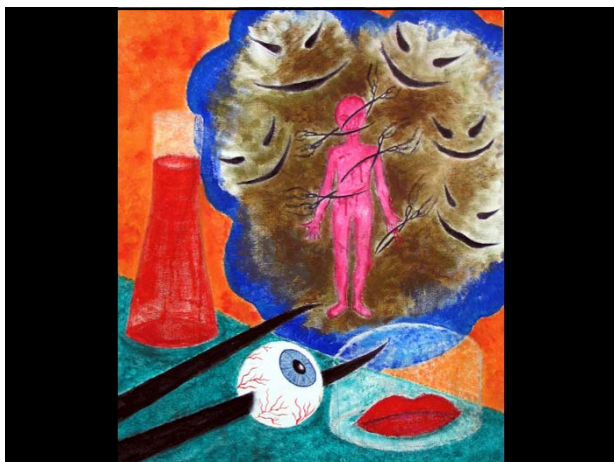
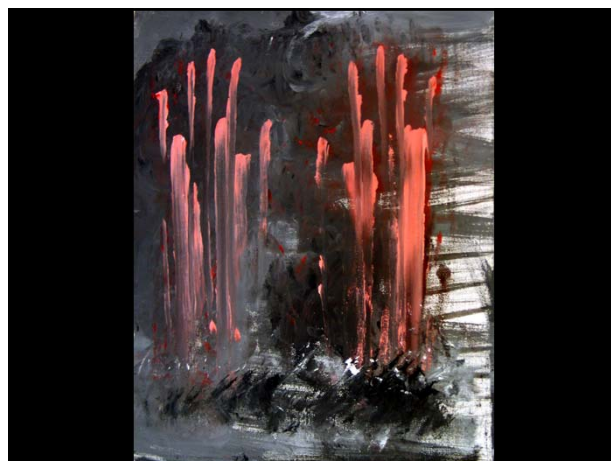
- Skal gjøres av spesialisthelsetjenesten
- Henvis eller diskuter med psykiater eller psykologspesialist (klinisk psykologi)
- I Sør- Trøndelag: kontakt gjerne post 3 på Østmarka eller Psykoseteamet for nysyke på Østmarka (nå Team I)
- Vurdering av psykiater før man starter antipsykotisk medisin

Psykoseforståelse

- Medisinsk sykdomsmodell
- Normal reaksjon på sykt samfunn/ situasjon
- Stress-sårbarhetsmodellen
- Bio-psyko-sosial forståelsesramme
- Fortolking av uvanlige opplevelser
- Kognitiv modell

Kognitiv modell

- Normalisering
 - Stemmehearing finnes uten sykdom
 - Vrangforestillinger som kvantitative avvik
- Fokus på symptomer i stedet for sykdom og diagnoser
- Opplevelse av og tanker om symptomer viktig
- Angst, depresjon, traumer, ruslidelser med mer som også kan behandles



Innhold

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

Andre lidelser med psykose

- Akutte psykoser
- Rusutløste psykoser
- Vrangforestillingslidelse
- Schizoaffektiv lidelse
- Mani med psykose
- Alvorlig depresjon med psykose

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
- Limbisk encephalitt
- Multippel sklerose
- Apoplexia cerebri

Komorbiditet

- NB: differensialdiagnosene kan også forekomme samtidig med schizofreni
- 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

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 sykdomsepisode
- grovt sett en blanding av schizofreni og affektiv lidelse hvor begge deler er omtrent like dominerende og varierer i takt

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 ved høye doser og/ eller lang tids bruk
- hallusinogener (LSD, meskalin, høye doser cannabis):
 - hallusinasjoner og persepsjonsforstyrrelser under pågående rus
 - psykosed diagnose må basere seg på flere symptomer enn hallusinasjoner ved nylig inntak

Kartlegg rusbruk

- AUDIT
 - Alcohol Use Disorder Identification Test
- DUDIT
 - Drug Use Disorder Identification Test

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

Delirium

- nedsatt bevissthet, umiddelbar- og korttidshukommelse og forvirring
- endringer i aktivitet, økt reaksjonstid, endret talemengde eller skvettenhet
- endret søvn eller døgnrytme
- rask debut og skiftende tilstand
- ofte angst, depresjon, frykt osv
- skyldes en somatisk tilstand

Flashbacks

- en residualtilstand etter bruk av psykoaktive stoffer
- episodisk, ofte meget kortvarig (sekunder eller minutter)
- nøyaktige gjenopplevelser av rusrelaterte opplevelser
- kan være meget skremmende

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 dysmorfobisk, 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 psykoseutvikling ved økende funksjonssvikt

Depresjon

- depresjon vanlig ved psykotiske lidelser
- obs fare for suicid
- kan forveksles med negative symptomer og bivirkninger 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)

Dissosiative lidelser

- amnesi, fugue, stupor, transe
- dissosiative symptomer antas å ha en funksjon som kommunikasjon om noe viktig
- ikke tankeforstyrrelse, vedvarende negative symptomer og vedvarende omfattende adferdsavvik
- vanskelig, kan være både psykose og dissosiasjon samtidig

Obsessiv- kompulsiv lidelse

- schizofrene kan ha uttalte tvangssymptomer
- tvangsmessig grubling vanlig
- prøv å avklare om handlinger er motivert i vrangforestillinger
- obs psykose ved bisart innhold
- kan evt behandle tvangslidelse hos psykotiske

Sosial fobi

- psykotiske personer kan trekke seg unna andre pga vrangforestillinger, forstyrrende hallusinasjoner, kaotisk indre, og negative symptomer
- sosial fobi trekker seg unna fordi de har overdreven frykt og nærtagenhet for hva andre vil mene om dem som personer
- psykotiske kan ha sosial fobi i tillegg

Schizoid personlighetsforstyrrelse

- følelsesmessig kulde, distanse eller avflatet affekt
- foretrekker nesten alltid enslige aktiviteter
- overdreven opptatthet av fantasi og introspeksjon
- fungerer når de gjør det de foretrekker å holde på med
- ikke vrangforestillinger

Paranoid personlighetsforstyrrelse

- tendens til å bærer nag, dvs nekte å tilgi fornærmelser, urett eller forbigåelser
- kampleget og vedholdende oppfatning av personlige rettigheter som ikke er i samsvar med den aktuelle situasjonen
- opptatthet av ubekreftede "konspiratoriske" forklaringer på hendelser
- altså avvikende paranoide tenkemåter, men
- ikke klare vrangforestillinger

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, funksjonsknakk

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
- Patofysiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- **Behandling**
- Forløp
- Tidlig intervensjon

Tilnærming ved ny sykdom

- Lett tilgjengelig, evt oppsøkende, tidlig hjelp
- Rolig og tydelig
- Vis respekt og åpenhet
- Aktiv og fokus på problemløsning
- Vurder fare
- Reduser stress og inntrykk hvis nødvendig
- Evt antipsykotisk og/ eller beroligende medisin
- Innleggelse ved behov

Kartlegging av fare

- Psykotisk selvskading, suicidalfare
- Fare for andre, trusler, psykotisk vold
- Fare pga redusert funksjon
 - Bilkjøring (melde), sykling, trafikk osv
- Risiko for skade eller smitte pga rusbruk (mer vold) eller ukritisk atferd
- Redusert egenomsorg, ernæring, mangler hus, penger, mat
- Fare for å bli utsatt for overgrep
- Evt instrumenter: HCR-20, V-RISC mm

Utredning

- Henviss spesialisthelsetjeneste, evt samarbeid
- Utredning i samarbeid med familien
- Strukturert og med instrumenter
 - PANSS, SCID eller MINI, AUDIT/ DUDIT osv
- Prioritere poliklinisk behandling, eller etter pasientens ønsker og behov
- Pasienter og pårørende trenger informasjon om utredning, behandling og rettigheter

Samarbeid med familien

- Kontakt familien raskt hvis samtykke for informasjon og støtte
- Identifiser pasientens og pårørendes situasjon, erfaring og synspunkter
- Lag behandling- og tiltaksplan sammen med pasient og familie
- Fokuser på ressurser og underbygg mestring

Sosialt

- Sosialt nettverk
- Arbeid, skole og fritidsaktiviteter
- Bolig, evt søke kommunal bolig
- Økonomi, gjeld, behov for hjelp, verge
- Støttekontakt/ fritidskontakt/ treningskontakt
- Kurs & mestringsgrupper

Sosial ferdighetstrening

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

”Money management”

- Teller (”kasserer”)
- Training
- Treatment based spending

- Mest omtalt ved rusbehandling

– Rosen, Bailey and Rosenheck, Psychiatric services, 2003

Psykoterapi

- Individual-psykoterapi rettet mot mestring og identifisere egne følelsesmessige, kognitive og fysiologiske reaksjoner på stress og mestring av disse
- Realitetsorienterte og støttede tilnæringer fremfor innsiktsrettede
- Forståelse av dynamikken i samspill og relasjoner viktig
- Fokus på konkrete problemer og tiltak
- Dosere mengde kontakt
 - gjerne korte samtaler og rask hjelp når behov
- Kognitiv og interpersonlig terapi dokumentert effekt
- Miljøterapi
- Arbeidsterapi

Evidensbaserte psykososiale rehabiliteringsstrategier

- Familiebasert psykoedukasjon
- Arbeid med bistand
- Ambulante team
- Integreert dobbeldiagnosebehandling
- Kognitiv terapi
- Kunstterapi

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
- Først enkeltfamilietiltak
- Senere flerfamiliegrupper, feks over to år
- Lavere tilbakefall, og redusere familiens byrde

Arbeid med bistand

- Forsøker arbeidsavklaring og arbeidstrening men mange blir uføre
- Flere kan komme ut i jobb med støtte, tilpasning og langtidbistand på arbeidsplassen
- Arbeid bedrer symptomer, funksjon, sosial situasjon og livskvalitet

Ambulante team

- Aktivt oppsøkende tverrfaglige team
- Langvarig og intensiv ”Case management” med høy bemanningsfaktor, tverrfaglig behandling, ”shared & low caseload”
- For pasienter med stort behov for hjelp, storforbrukere av helsetjenester
- Effekt: færre sykehus opphold, mer stabil bosituasjon, mindre alvorlige symptomer, bedre livskvalitet

Integrert behandling av ruslidelse og psykose

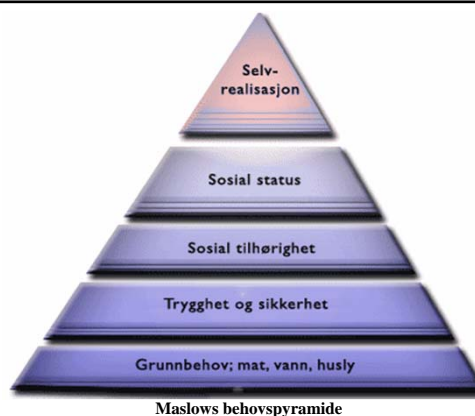
- Samme klinikere eller miljø er ansvarlig for å behandle psykose og ruslidelse
 - For å koordinere og samkjøre behandlingen
 - Schizofrene har ofte ikke nytte av behandling i rusinstitusjoner pga symptomer og kognitive problemer
- Kartlegg og påvirk motivasjon
- Motiverende intervju (MI) og kognitiv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

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 angst, depresjon og risiko for tilbakefall
- Pasienter med medisinresistente hallusinasjoner og vrangforestillinger

Kunstterapi

- Musikk, maling mm
- Ikke danseterapi
- Redusere negative symptomer
- Kan starte i akutfase
- Offentlig godkjente kunstterapeuter



Deltagere i behandling

- Pasient
- Pårørende
- Poliklinikk, evt døgnenhet
- Kommunehelsetjeneste/ fastlege
- Sosionom
- NAV
- Rusbehandling
- Kommunal oppfølging/ hjemmesykepleie, personale i bolig
- Skole eller arbeidsgiver
- Kriminalomsorg
- Somatisk helsevesen

Planlegging og samarbeid

- Forutsigbar og oversiktlig behandling
- Individuell plan, IP, ved behov for sammensatte og langvarige tjenester
- Krisepan
- Ansvarsgruppe
- ACT team med koordinator
 - Assertive community treatment

KRISEPLAN – tiltak ved varselignaler

Mine varselignaler er:

a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____
 e) _____

Hva kan jeg gjøre?	Hva har hjulpet før?

Hvis situasjonen ikke hjelper, kan jeg kontakte:

Rolle	Navn	Telefonnummer

Hvis jeg ikke får kontakt med noen av nevnte personer og jeg opplever situasjonen alvorlig, kan jeg kontakte:

Kl. 08.00-15.30: Sted _____ Telefon _____
 Etter kl. 15.30: Sted _____ Telefon _____

Hva ivaretas av: _____ Tlf. _____

underskrift _____ underskrift _____
 Personl. bilde _____ Kjøp. utseendingsplan _____

Antipsykotisk medisin oppstart

- Først vurdering av spesialist
- Ikke akutt behandling hvis ikke akutt behov
- Vanligvis annengenerasjons antipsykotika
 - Førstegenerasjons kan være like bra
- Forbered på bivirkninger
- Kontinuerlig behandling best
- Laveste effektive dose
 - Kan vanligvis redusere dose når remisjon

Antipsykotisk medisin fortsettelse

- Evaluer behandling
 - Effekt
 - Bivirkninger
- Vurder bytte etter 1-3 måneder ved utilstrekkelig effekt
- Klozapin (Leponex) som tredje alternativ, mest effektiv
- Kan oppnå remisjon hos (20)-50-80 % ved første psykose, andel foreslått som kvalitetsmål

Antipsykotiske medisiner

Høydose: Nozinan, Stemetil, Truxal,
(Klorpromazin)

Mellomdose: Cisordinol, Trilafon

Lavdose: Fluanxol, Haldol

Nye: Leponex, Risperdal, Zyprexa, Serolect,
Seroquel, Solian, Zeldox, Abilify

Depotpreparater til injeksjoner

- Gamle lavdose og mellomdose finnes som depotpreparater
 - Trilafon, Haldol, Fluanxol, Cisordinol
 - virker i 2-4 uker
- Nye antipsykotika
 - risperidon suspensjon, (Risperdal Consta) virker etter ca 3 uker, gis hver andre uke
 - olanzapin suspensjon (ZypAdhera) tilsyn 3 timer etter injeksjon, gis hver 2-4 uker
 - paliperidone (Xeplion), gis en gang per måned
- Minst like effektivt som per oral behandling/ tabletter, bedre som tiltak ved lav etterlevelse

Klozapin (Leponex)

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

Bivirkninger av nye antipsykotiska

Mindre motoriske bivirkninger og prolaktinheving men i varierende grad

Serotonerge effekter

Fortsatt bivirkninger: trøtthet, vektøkning, metabolske forandringer, munntørrehet, kvalme, irritabilitet, søvnforstyrrelser, blodtrykkspåvirkning, mage- tarm påvirkning, leverreaksjoner, blodreaksjoner, mm

Motoriske bivirkninger

Kalles ofte ekstrapyrimidale bivirkninger/ symptomer (EPS)

Akatisi: indre uro evt synlig uro (bena)

Parkinsonisme: skjelvinger, rigiditet, akinesi

Akutte muskelkramper/ dystonier

Sentkommende ufrivillige muskelbevegelse/ tardive dyskinesier

Vektøkning

- Generell samfunnsutvikling
- Lite aktivitet pga symptomer og dårlig form
- Uheldig kosthold pga livsstil og evt rusbruk
- Bivirkning av medisin
- OBS fettstoffer, metabolsk syndrom og diabetes
- Generelle livsstil råd
- Omfattende innsats for å ha effekt
- Metformin kan ha effekt

Metabolsk syndrom

(NCEP ATP III 2001)

- Minst 3 av følgende:
 - Abdominal omkrets >102cm for menn og > 88cm for kvinner
 - Triglycider $\geq 1,7$ mmol/l
 - HDL kolesterol < 1,3 mmol/l for menn og < 1,0 for kvinner
 - Blodtrykk $\geq 130/ \geq 85$ mmHg
 - Fastende plasma blodsukker $\geq 6,1$ mmol/l
- Kriteriet telles hvis behandlet med medikament for kolesterol, blodtrykk eller blodsukker

Sjeldne bivirkninger

- Malignt nevroleptikasyndrom
- Neutropeni/ Agranulocytose
- Hepatitt
- Myokarditt
- Kramper
- Plutselig uventet død

Oppfølging av antipsykotisk medisin

- Nevrologiske bivirkninger forekommer også ved nyere medisiner
- Metabolsk syndrom vanlig, følg vekt, blodlipider, glukose, BT/ puls og midjemål
- Klozapin blodprøve av hvite hver måned, ukentlig første 18 uker
- Regelmessig kontroll hos fastlege
- Kontakt gjerne spesialist for diskusjon
- Distriktspsykiatriske sentre har ansvar for rådgiving til kommunene

Individuelt tilpasse medikamentell behandling

- Behov for effekt
 - Psykose, uro, søvn, affektive symptomer
- Faktisk effekt av behandlingen
 - Negativ- ingen- delvis- optimal
- Risiko for bivirkninger
 - Familiær risiko, egen helse, overvekt osv
- Faktiske bivirkninger
 - EPS, metabolsk, trøtthet

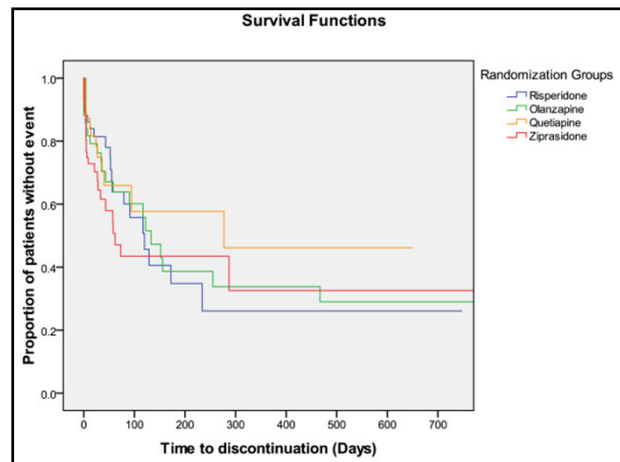
Andre aktuelle medikamenter

- Antidepressiva
- Stemningsstabiliserende
- Benzodiazepiner
- Antikolinerge bivirkningsmedisiner

- Vitaminer
- Omega-3 fettsyrer

Etterlevelse av medisiner

- Ca halvparten av pasienter tar ikke medisinen som foreskrevet
- Lavere for unge menn og ved rusbruk
- Store og merkbare konsekvenser ved psykose pga tilbakefall og nye innleggelser
- 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
- 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

Kroppslig helse

- Økt risiko for hjerte/ kar- sykdom
- OBS metabolsk syndrom, diabetes og overvekt
- 75% røyker
 - » Fagerström & Aubin, Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Curr Med Res Opin.* 2009 Feb;25(2):511-8.
- Kan ha økt risiko for sykdom pga bivirkninger
- Kan ha høy smerteterskel
- Symptomer kan bli oversett eller feiltolket
 - » http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1847858
- Er mer syke enn andre men går mindre til lege
- Fysisk aktivitet for bedret form og helse
- Ofte dårlig tannhelse
 - gratis tannlegebehandling ved hjemmesykepleie og ved lengre innleggelser

Sjekkliste ved behandling av psykoser

- Individuell samtalerterapi/ stabil behandlingskontakt
- Familiararbeid
- Undervisning av pasienten
- Undervisning av familien
- Antipsykotisk medisin, effekt, bivirkninger, etterlevelse
- Individuell plan (IP)
- Ansvarsgruppe med leder/ koordinator
- Helsesjekker inkl. vekt, blodlipider og serum- glukose
- Tannlege
- Stemningsleie, suicidalfare, antidepressiv behandling
- Økonomi, gjeld, behov for hjelpeverge
- Livskvalitet

- Måling av funksjon og symptomer
- Kognitiv terapi mot vrangforestillinger eller hallusinasjoner
- Kurs med sosial trening
- Strukturert innsats for å komme i arbeid
- Aktivisering sosialt og fysisk
- Kommunal fritidskontakt og aktivitetstilbud
- Oppsøkende tilbud til hjemmet når det er behov for det
- Innleggelse på adekvat omsorgsnivå når det er behov for det og før det blir akutt krise
- Kriseplan
- Integriert behandling ved psykose og samtidig ruslidelse
- Farlighetsvurdering dersom aktuelt
- Adekvat behandling av andre samtidige lidelser
- Pasientens og familiens tilfredshet med behandlingen

Innhold

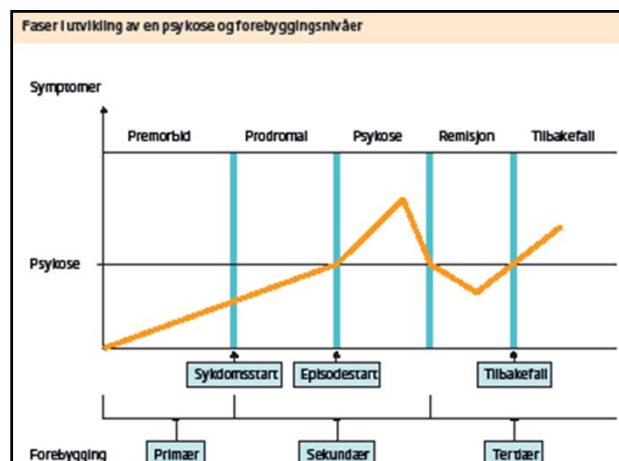
- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Patofysiologi
- Symptomer
- Differensialdiagnoser
- Behandling
- **Forløp**
- Tidlig intervensjon

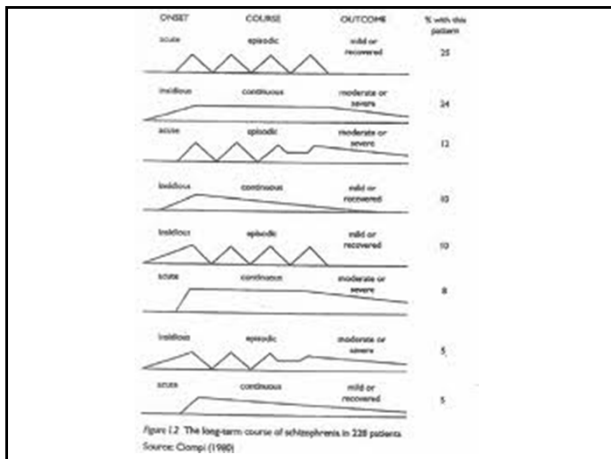
Prognose

- 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 innleggelse
 - Ca 10- 15% innlagt på sykehus en stor del av tiden
- Det er alltid håp om at det kan gå bedre

Faser

- Premorbid fase
- Prodromal fase
- Aktiv fase uten behandling
- Aktiv fase med behandling
- Residual fase
- Prodromal tilbakefallsfase
- Tilbakefall





Innhold

- Historie
- Epidemiologi
- Etiologi
- Patofysiologi
- 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)

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?

- Prodromalfase er et retrospektivt begrep
 - Lite spesifikke symptomer
- Kan identifisere gruppe med høy risiko for psykose
- Ikke anbefalt medikamentell antipsykotisk behandling uten psykose
 - Etiske problemer pga de som aldri ville fått psykose
– de Koning MB et al, Acta Psychiatr Scand 2009

Effekt av behandling før psykose

- Behandling reduserer risiko for å utvikle psykose (11 vs 32%) på ett år ved ultra høy risiko
- Antipsykotisk medisin, kognitiv terapi, psykososial støtte, omega-3
 - van der Gaag M et al, Schizophrenia Research 2013
- For lite data til å anbefale en spesiell behandlingsform
- Hos mange en utsettelse av psykose
 - (Review av sju studier, Preti & Cella 2010)

Ny psykoseveileder

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser
 - IS-1957, Helsedirektoratet 2013

