

Hva er schizofreni?

Merete Glenne Øie
m.g.oie@psykologi.uio.no

Litteratur

- Schizofreni, red Rund, 2011 (pensum)
- Nasjonale retningslinjer for psykosebehandling
- Kognitiv terapi ved psykose, Grande og Jensen, 2016, kap 2

Schizofreni

- Den alvorligste og mest undersøkte av psykoselidelsene er schizofreni.

Psykose er en forvirringstilstand

- Psykose er ikke én bestemt lidelse eller sykdom, men et tegn eller symptom som enkelt beskrevet kan kalles en forvirringstilstand.



- Det handler om å miste grepet på hva som er virkelighet og hva som er fantasi
- Uvanlige opplevelser som ikke deles av andre og som gjør personen redd
- Vi snakker om psykotiske episoder fordi det ofte går over

Hva er schizofreni?

- Schizo (split) og phrene(mind)
- En gruppe lidelser kjennetegnet ved omfattende forstyrrelser av opplevelse, følelsesliv, tenkning, persepsjon og interpersonlige ferdigheter.

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Hva schizofreni IKKE er

- Schizofreni er ikke en tilstand med flere personligheter eller splittet personlighet
- Schizofreni skyldes ikke oppdragelsen
- Schizofreni betyr ikke at man er pasient for resten av livet - mange blir bedre eller friske med behandling
- Schizofreni er ikke ensbetydende med å være en voldelig person

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Psykosesyntomer kan ha forskjellig styrkegrad

- Fra «som om» til at man er overbevist
- Kan være glimtvis eller konstant
- Kan påvirke hverdagen og funksjonsnivået i større eller midtre grad
- Noen skjuler symptomene godt

Symptomer og plager ved psykoselidelser

- Positive symptomer
- Negative symptomer
- Vansker med å fungere i hverdagen
- Kognitive vansker
- Følelsesmessig ubehag

Ulike psykoselidelser

- Schizofreni (nb rammer ofte unge mennesker)
- Affektive lidelser (Bipolar lidelser, Alvorlig depresjon)
- Rusutløst psykose
- Andre somatiske årsaker/sykdommer (organisk)
- Paranoid psykose

Risikoen for å utvikle schizofreni

- **Risikoen i løpet av livet er omkring 1 %.**
- I Norge er det til enhver tid mellom 12 000 og 16 000 mennesker med sykdommen.
- Hvert år får mellom 600 og 800 personer diagnosen, men man regner med at det finnes mørketall.
- **Menn har noe høyere risiko** enn kvinner for å utvikle lidelsen, og blir gjerne rammet i yngre alder.
- **Personer som er født eller vokst opp i byer** har større risiko enn personer som er vokst opp på landet.
- **Noen innvandrergupper har også høyere risiko.**

Debutalder for schizofreni

- Median debutalder er hos menn ca. 22 år og hos kvinner ca. 24 år (Johannessen et al., 2002).
- I vestlige land bruker ca 1% av bruttonasjonalproduktet til behandlings-omsorgs- og støttetiltak til mennesker med schizofreni lidelser.

Prognose

- Svært varierende
- Om lag 25% har kun én sykdomsepisode med god prognose, mens 25% får et kronisk, livslangt forløp. De resterende 50% har et forløp mellom disse to ytterpunkter
- Paranoid form har best prognose
- Akutt start har bedre prognose enn gradvis innsettende sykdom
- Sannsynligvis svært uheldig å gå med ubehandlet psykose over tid
- Tidlig intervensjon og behandling bedrer sannsynligvis prognosen

Faktorer som kan indikere en dårlig prognose

- Gradvis innsettende sykdom og sen innsetting av behandling
- Sosial isolasjon
- Opphopning i familien
- Bosatt i den industrialiserte verden
- Ung alder
- Mann
- Rusmisbruk

Dødlighet

- Høy suicidfrekvens
 - Det er en livstidsrisiko på 5-10% og høyest risiko tidlig i forløpet av sykdommen
 - 25-50% gjør ett eller flere selvmordsforsøk
- Hjerne- og karsykdommer, mage- og tarmsykdommer, endokrine forstyrrelser og luftveissykdommer bidrar også til en signifikant forhøyet dødelighet blant schizofrene i forhold til normalbefolkningen

Positive symptomer

- Tilstedeværelsen av unormal atferd dvs. psykotiske trekk og disorganisering
- Vrangforestillinger og hallusinasjoner
- Disorganisert atferd kjennetegnes av inadekvat affekt, tankeforstyrrelser, bizarr atferd og svekket oppmerksomhet

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Vrangforestillinger

- Representerer kjernen i psykosene
- Inneholder et tankeinnhold av virkeligheten som er klart avvikende fra det som omgivelsene synes er rimelig når det gjelder observerbar data, omstendigheter, kulturelle forhold, og psykologisk utviklingsnivå (Cullberg, 2005)
- «Mentale briller» som farger oppfatningen av hendelser slik at de systematisk feiltolkes, slipper gjennom det som støtter vrangforestillingen (Beck m fl 2009)

Hallusinasjoner

- En sanseopplevelse som oppstår i bevisst og våken tilstand uten at sanseneorganene er stimulert

Negative symptomer

- Fravær av normal atferd, og omfatter apati, manglende evne til å føle glede, følelsesmessig avflatning, sosial tilbaketrekning og redusert tale

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

For å stille diagnosen schizofreni må psykotiske symptomer ha foreligget i minst en måned.

I denne tiden skal pasienten ha hatt minst ett av følgende symptomer (positive symptomer):

1. Tankeekko, tankepåføring, tankekringkasting eller tanketyveri
2. Ulike vrangforestillinger knyttet til kroppen og kroppsdelene, til sanseopplevelser, til at man påføres handlinger, følelser o.l.
3. Hallusinatoriske stemmer som fortløpende kommenterer pasientens atferd eller diskuterer pasienten i tredje person, eller stemmer fra en kroppsdel
4. Andre vedvarende "bizarre" vrangforestillinger. Dvs forestillinger som er kulturfremmede og umulige

Bizarre vrangforestillinger

- Oppfatninger som er fullstendig umulige, og som ikke har noen gjenklang i kulturen som individet lever i. For eksempel vil en forestilling om at man er forfulgt av hemmelige Mossad -agenter være svært usannsynlig, men forsåvidt ikke umulig. Det samme gjelder en oppfatning om at man er Jesus – ut fra en kulturell kontekst er ikke dette umulig, i og med at det er en utbredt tro at Jesus en dag skal returnere.
- Forestillinger som at man egentlig er to personer, at en del av kroppen er død (for eksempel person forskn prosjekt), eller at man fjernstyres av en annen person, derimot, er ikke bare åpenbare umuligheter, men også kulturelt sett fullstendig fremmed.

Eller minst to av følgende symptomer:

- Daglige hallusinasjoner ledsaget av vrangforestillinger
- Språklige tankeforstyrrelser i form av neologismer (nyord), avbrudd i tale og tankerekke, uforståelig eller usammenhengende tale
- Kataton atferd - det vil si enten svær uro, ofte med repetert atferd, eller stupor, der pasienten går helt i stå, kan stivne i bestemte posisjoner
- Negative symptomer:
 - Apati
 - Avflatning av følelser
 - Passivitet og mangel på initiativ
 - Sosial tilbaketrekning og isolasjon
 - Manglende initiativ og interesser
 - Dårlig kommunikasjon verbalt og non-verbalt
 - Fattig språk

Diagnostisering av psykoselidelser

- DSM-IV og ICD-10 er svært like når det gjelder diagnostiske kriterier for schizofreni
- Forskjeller:
 - Varighet
 - ICD-10: 1 mnd. med A-kriterier
 - DSM-IV: 6 mnd. inkl. 1 mnd med A kriterier
 - Funksjonssvikt (kun DSM-IV og V)
 - I DSM-V må en alltid ha 2 A-kriterier og undergruppene av schizofreni er fjernet

Schizofreni diagnosen

- Hvis pasienten samtidig har en depresjon eller oppstemthet (mani), må de schizofrene symptomene ha kommet først.
- Symptomene skal ikke være forårsaket av kroppslig sykdom.
- Symptomene må ikke komme som følge av rus eller medikamenter.

Schizofreni deles inn i forskjellige undergrupper (nb ikke i DSM V)

- Det finnes imidlertid lite empiri som viser at de ulike typene er stabile diagnostiske undergrupper med forskjellige årsaker.
- Følger vi en person gjennom livet, kan symptomer og undergrupper variere.



Hebefren schizofreni (ICD-10 F 20.1)

- Starter gjerne hos unge (15–25 år) og er kjennetegnet av en tydelig **desorganisering** både av tenkning og atferd sammen med tydelige negative symptomer i form av affektavflating og apati.
- Klassiske psykosesyntomer som **vrangforestillinger eller hallusinasjoner** er ikke det mest karakteristiske symptomet ved denne formen for schizofreni, selv om de som regel er til stede.
- På grunn av tidlig symptomstart og innslaget av lite behandlingsresponsive symptomer, er **forløpet av denne typen schizofreni ofte alvorligere** enn ved de andre undergruppene.

Kattoni (ICD-10 F 20.2)

- En særegen form for schizofreni som ses sjeldnere og - sjeldnere.
- Kataton schizofreni er preget av plutselige urofaser med psykomotorisk overaktivitet, preget av til dels meningsløse handlinger (som å dunke hodet i veggen eller synge den samme sangen gjentatte ganger).
- Periodene med uro avløses av perioder der personen **bokstavelig talt kan gå helt i stå og innta uvanlige tilstivnede posisjoner over lengre tid.**
- På tross av det spesielle og alvorlige kliniske bildet kan de katatone periodene gå relativt raskt over, og langtidsprognosen virker å være bedre ved denne typen schizofreni enn ved hebefren type.

Paranoid schizofreni (ICD-10 F 20.0)

- Tydelige **vrangforestillinger** ved klar bevissthet, ofte med **hørselshallusinoser.**
- Det forekommer **ikke desorganiserte symptomer**, katatone symptomer eller tydelig affektavflatning.
- Vrangforestillingene har ofte form av **forfølgelses- eller forgiftningsforestillinger** og kan variere fra det mer - plausible til det relativt bisarre.
- Paranoid schizofreni **starter gjerne hos voksne personer** (ofte i 30-årsalderen eller senere).
- De som rammes i så voksen alder, **har ofte relativt god premorbid fungering, og langtidsforløpet er relativt godt.**

Schizofreni og subdiagnoser

- Udifferensiert schizofreni (ICD-10 F 20.3) og residual schizofreni (ICD-10 F 20.5) er to undertyper som ofte ses i klinisk praksis.
- Udifferensiert schizofreni omfatter tilstander som fyller diagnosekriteriene for schizofreni, men ikke passer inn i beskrivelsen av de klassiske undergruppene som er nevnt ovenfor.
- Residual schizofreni kalles undertypen der en person som tidligere har hatt én eller flere aktive episoder, ikke lenger har tydelige psykosesyntomer, men heller ikke er symptomfri.

Premorbid funksjon/prodromal symptomer ved tidligdebuterende schizofreni

- Aggressiv atferd og **oppmerksomhetsvansker** (Muratori et al., 2005), sosial isolasjon og merkelige ideer (Vourdas et al 2003), vansker mht motorisk utvikling, **språk vansker**, sosiale vansker og skolevansker

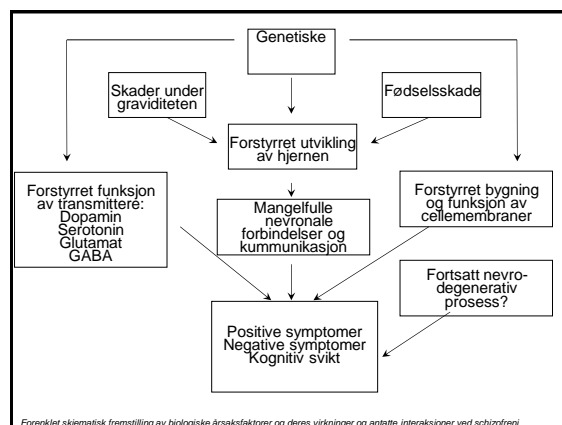
Symptomprofil i prodromalfasen

- Trekker seg tilbake fra familie og venner
- Angst; er redd for å gå ut av huset eller redd for å møte mennesker
- Funksjonsfall på skolen eller i ADL-ferdigheter
- Kutter ut trening og hobbyer
- Vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet
- Sover dårlig, snur døgnnet
- Ekstrem opptatthet av spesielle tema
- Forvirring; snakker/skriver om ting som ikke gir mening
- Variabelt funksjonsnivå eller stemningssvingninger

Symptomprofil prodromalt forts.

- Depresjon/tristhet/selvskading/selvmonds-tanker
- Underlige reaksjoner- kan for eksempel le når noe er trist
- Reguleringsvansker; store sinneutbrudd
- Tvang/ritualer
- Hallusinasjoner; syn, hørsel, huden, kroppen, lukt, smak
- Tankepåvirkning/tankelesning
- Tankeforstyrrelser; "tankekjør", "tankestopp"
- Uvirkelighetsfølelse
- Mistenksomhet; opplevelse av å bli sett, forfulgt eller lignende
- Opplevelse av å være helt spesiell

Schizofreni og årsaksforhold



Gener

- Det er nylig identifisert 108 genvarianter som øker sannsynligheten for schizofreni (Ripke mfl 2014)
- Hos eneggede tvillinger der den ene har schizofreni, vil den andre utvikle schizofreni i 30-40 prosent av tilfellene. Hos toeggede er tilsvarende tall 10% (Ross, 1995)

Environmental factors are associated with an increased risk of developing schizophrenia

- prenatal infection or malnutrition (Susser, Neugebauer, & Hoek, 1996; Penner & Brown, 2007),
- obstetric and perinatal complications (Byrne, Agerbo, Bennedsen, Eaton, & Mortensen, 2007),
- advanced paternal age (Hubert, Szoke, Leboyer, & Schurhoff, 2011),
- cannabis abuse (Henquet, Di Forti, Morrison, Kuepper, & Murray, 2008),
- migration (Bourque, van der Ven, Fusar-Poli, & Malla, 2012),
- urbanicity (Vilain et al., 2012)
- and social stress (Allardyce & Boydell, 2006).

Sensitivt dopamin system

- Det er funnet uvanlig høy **dopaminaktivitet** i det mesolimbiske området av hjernen hos mennesker med schizofreni
- Negative symptomer pga underaktivitet av dopamin og positive pga overaktivitet i dopamin systemet
- Dopamin regulerer motorikk, våkenhet, glede, entusiasme og konsentrasjon. Skilt ut som en reaksjon på stresshormonet kortisol. Fører til at sanseintrykk, hendelser og tanker blir merket som betydningsfulle (Grande og Jensen, 2016)
- Flere av de antipsykotiske medisinene fungerer primært ved å undertrykke dopaminaktiviteten i hjernen

Hva er schizofreni?

- En nevrokognitiv utviklingsforstyrrelse av medfødt eller tidlig ervervet karakter.
- Forstyrrelsen utgjør en **sårbarhetsfaktor** som kan føre til psykotisk gjennombrudd dersom omstendighetene senere i livet utsetter personen for sterke nok belastninger.

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Schizofreni er multideterminert

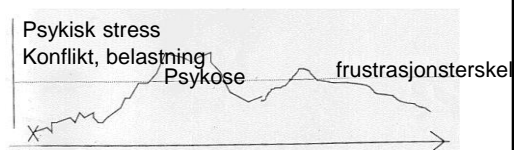
- Stress-sårbarhetsmodellen er den dominerende forklaringsmodell
- Schizofreni betraktes i lys av en interaksjon mellom biologiske, psykologiske og psykososiale faktorer
- Modellen forutsetter en biologisk predisposisjon

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

- Dersom medfødt risiko er lav og miljøbetingelsene beskyttende, kan personen unngå å bli syk selv om den nevrobiologiske sårbarheten er tilstede.

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977)



Sårbarhet:
Problemer med regulering av oppmerksomhet
Problemer med regulering av emosjonelle reaksjoner

Rates and severity of cognitive impairments in schizophrenia (Reichenberg, 2010)

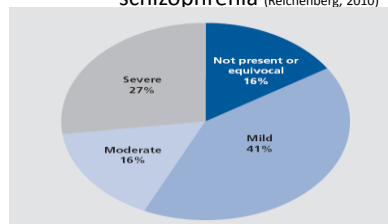


Figure 3. Rates and severity of cognitive impairment in schizophrenia patients. Data came from the Suffolk County Mental Health Project cohort^{14,16,17} (N=94 cases). Definition of impairment: Mild: Performance between 1 and 2 standard deviations below norms on at least 2 cognitive ability areas. Moderate: Performance between 2 and 3 standard deviations below norms on at least 2 cognitive ability areas. Severe: Performance 3 or more standard deviations below norms on at least 2 cognitive ability areas.

Differensialdiagnoser

- Affektive lidelser
- Autistiske lidelser, Aspergers syndrom
- Schizotyp lidelse
- Rusutløst/ medikamentutløst psykose
- Tvangslidelse
- Dissosiasjon
- Organiske lidelser
- Febersykdommer, temporallappsepilepsi, hjernesvulst, annen hjerneskade, kromosomavvik, endokrine- og metabolske forstyrrelser, infeksjoner, multipl sklerose, autoimmune sykdommer

Komorbiditet

- 48% av pasienter med schizofreni har en eller flere andre psykiatriske tilstander (Bermanzohn et al., 2000)
- Vanligst er tvangslidelse (29%), depresjoner (27%), og panikklidelser (10%)
- 50% av førstegangssykoser oppfyller kravene til PTSD (McGorry, 1993)
- Ruslidelser, dissosiative tilstander, somatiske tilstander også vanlig

Ruslidelse hos én av fire med schizofreni (Nesvåg et al., 2015) MER OM DETTE SENERE

- En norsk studie viste at 62,5% av pasienter med psykoselidelser i Oslo hadde hatt en ruslidelse i løpet av livet, mens 50% hadde en pågående ruslidelse (Helseth et al., 2009)



Schizophrenia Bulletin vol. 38 no. 4 pp. 661-671, 2012
doi:10.1093/schbul/sbs059
Advance Access publication on March 29, 2012

Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

Filippo Varese^{1,2}, Feikje Smeets^{1,3}, Marjan Drukker³, Ritsaert Lieverse³, Tineke Lataster³, Wolfgang Viechtbauer³, John Read⁴, Jim van Os^{2,4}, and Richard P. Bentall¹

¹Institute of Psychology, Health and Society; University of Liverpool, UK; ²School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK; ³Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University, The Netherlands; ⁴King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁵Department of Psychology, University of Auckland, New Zealand

†Shared first authorship.

*To whom correspondence should be addressed; PO Box 616 (DRT10), 6200 MD Maastricht, The Netherlands; tel: +31-43-3688683, fax: +31-43-3688689, e-mail: j.vanos@maastrichtuniversity.nl

Traumer/psykososialt stress psykose

Se Klæth & Hagen: Tidsskrift for norsk psykologforening 2009 • 46 • 1049–1055

- **Sammenheng mellom traumer i barndommen og psykotiske lidelser** (Bebbington et al., 2004; Janssen et al., 2004; Scott et al., 2007; Shevlin et al., 2007a; Spauwen et al., 2006; Whitfield et al., 2005).
- Nyere studier tyder på at det eksisterer en **dose-respons relasjon** mellom antallet av traumatiske hendelser i barndommen og risiko for psykotiske symptomer, hvor også effekten blir sterkere jo mer alvorlig traumet er (Krabbendam, 2008).

Traumer/PTSD og vs schizofreni?

- Noen mener at PTSD og schizofreni er **helt distinkte diagnoser** som f.eks Jessopp, Scott & Nurcombe (2008),
- mens andre hevder at traumer er så vanlige som forløpere til psykoser og schizofreni at det i svært mange tilfeller **ikke gir mening å skille PTSD og schizofreni** (Larkin & Read, 2008).

Dissosiative symptomer

- Ca halvparten av de som lider av schizofreni eller schizoaffectiv lidelse, kan samtidig ha dissosiative symptomer (Moskowitz mfl., 2008)

Traumer og psykose

- Det å oppleve psykotiske symptomer i seg selv kan være traumatiserende, spesielt for barn og ungdom (Read et al., 2005)



Psykose hos traumatiserte

- Traumatisert ungdom med atferdsmessig og emosjonell dysregulering kan ha psykoseliknende symptomer uten at det er en schizofreni (Remherr et al., 2004).



Psykose og selvmordsfare



Høy suicidfrekvens ved schizofreni

- Det er en livstidsrisiko på 5-10% og høyest risiko tidlig i forløpet av sykdommen.
- 25-50% gjør ett eller flere selvmordsforsøk.



Selv mordssvurdering

- Alle pasienter skal, når de tas inn i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, kartlegges med hensyn til risikofaktorer for selvmord (jf. Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern)

Psykose og selvmordsrisiko

- Selvmordsfaren ser ut til å være høyest i ung alder og tidlig i sykdomsfasen, under sykehusopphold, under permisjon, de første dagene etter utskrivning

Fagartikkel



Roger Hagen, Psykiologisk institutt, Norges Tekniske høgskole, Universitetet
Rolf W. Grøve, SINTEF, Avdeling for helseforskning
Kjersti Steen Grotmol, Lede Behandlings-
senior, Rusbehandling Møt Norge
Heidem Skjåk Hølen, BUP, Oslo

Depresjon ved psykose – forståelse og kliniske implikasjoner

Det er fire sentrale forklaringer til at depresjon og psykose er nær forbundet: Depresjon som del av psykoselidelsen, som knyttet til nevroleptikabehandling, som resultat av feildiagnostikk, og som psykologisk reaksjon på livshendelser.

To former for depresjon ved schizofreni (Hagen et al., 2006)

- Den ene er den formen for depresjon som kan forstås som en **del av psykosens og som følger de positive symptomene ved sykdommen**. Dette vises ved at depresjon nesten alltid er en del av prodromet til den første psykotiske episoden, og forsvinner samtidig med de positive symptomene.
- Den andre er knyttet til psykologiske opplevelser av tap, stress, redusert håp, redusert fremtidstro, samt redusert kontroll over egne livshendelser. Depresjon ved schizofreni kan komme som en reaksjon på det å rammes av en psykoselidelse.

Risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved psykoselidelser

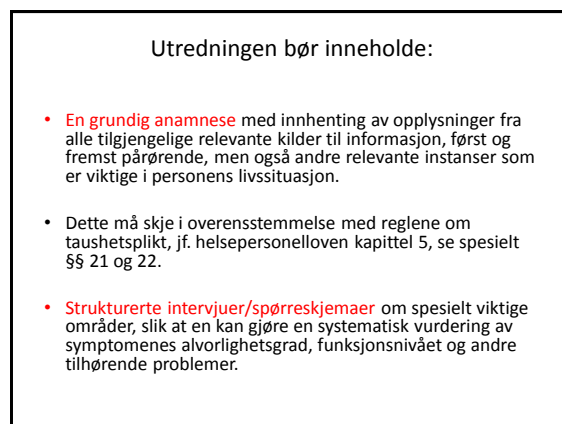
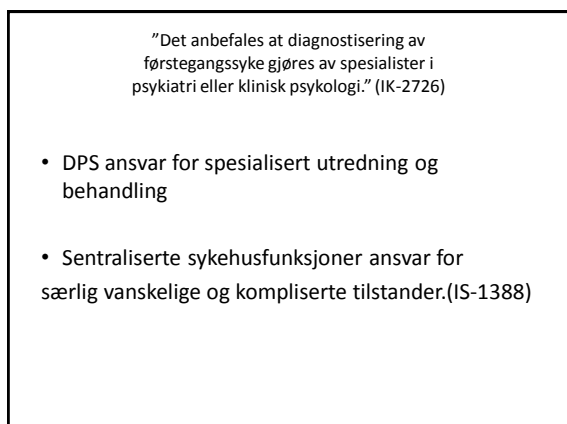
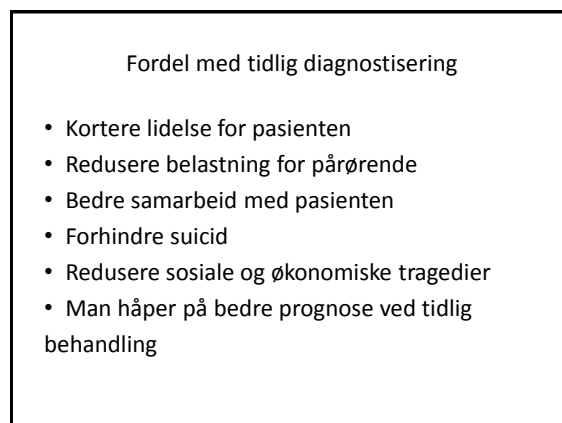
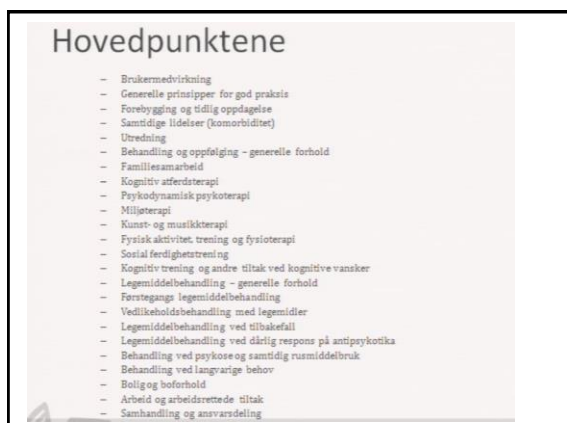
- unge menn (18–30 år)
- tidligere selvmordsforsøk og selvmordsplaner
- depresjon og håpløshetsfølelse
- bruk av rusmidler
- sosial isolasjon (liten støtte fra familien, problemer relatert til sosial funksjon og samspill med andre)
- negative antagelser om psykoselidelsen (liten tro på tilfriskning)
- nylig utskrivelse fra psykisk helsevern
- psykosesyntomer (akutt forverring eller paranoide symptomer)
- dårlig etterlevelse av behandling
- dårlig kvalitet på behandlingen som tilbys pasienten

Risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved psykoselidelser

- **Depressive symptomer og bruk av rusmidler** er vanlig forekommende i tidlige faser av sykdomsforløp og bidrar til økt selvmordsrisiko.
- En høy grad av sykdomsinnsikt ser ut til å øke risikoen gjennom faktorer som negative antagelser om egen lidelse (liten tro på tilfriskning og at lidelsen kan kontrolleres) og negative tanker (håpløshet) når det gjelder framtiden.
- Et symptomtilbilde preget av **hallusinasjoner** ser også ut til å innebære høyere selvmordsrisiko

Schizofreni og depresjon

- Studier har vist at komorbid depresjon er forbundet med **økt forekomst av psykotiske tilbakefall og gjeninnleggelse, samt lengre sykehusopphold og dårligere respons på farmakologisk behandling** (Birchwood, Mason, Macmillan & Healy, 1993; Hausmann & Fleischacker, 2002).
- I tillegg er komorbid depresjon mer knyttet til **kognitiv svikt, redusert sosial fungering, rusmisbruk og en negativ attribusjonsstil** (Hausmann & Fleischacker, 2002).



Utredning av depresjon ved schizofreni

- Calgary Depression Scale for Schizophrenia (Addington, Addington, & Schizze, 1990).
- Det er et semistrukturert klinisk intervju spesielt utviklet for å måle symptomer på alvorlig depresjon hos pasienter med schizofreni.
- Intervjuet dekker vanligvis de to siste ukene før for intervjuet, og hvert av leddene inneholder et intervju-spørsmål med ankringsbeskrivelser som gir en mer reliabel skåring.

Calgary Depression Scale for Schizophrenia

- Alle de ni leddene er typiske depressive symptomer, og overlapper lite med negative symptomer ved schizofreni.
- Leddene skåres på en 0 til 3 skala (fraværende, mild, moderat og alvorlig).
- Totalskåre varierer fra 0 til 27, der en totalskåre på 5 identifiserer personer som er i risiko for å utvikle en alvorlig depressiv lidelse (Addington et al., 1990).
- Instrumentet er oversatt til norsk og kan fås ved henvendelse til en av forfatterne (RH). Det anbefales brukt som en naturlig del av vurderinger og ved behandling av pasienter som lider av schizofreni.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

- The self-report includes a 28-item test that measures 5 types of maltreatment – emotional, physical, and sexual abuse, and emotional and physical neglect.
- Approximately 5 minutes is required to complete the test.
- A 5-point Likert scale is used for the responses which range from Never True to Very Often True.

Angstlidelser

- De vanligste samtidige angstlidelsene hos pasienter med psykoser er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), sosial fobi, tvangslidelser (OCD), generalisert angst (GAD) og panikk lidelse.

Psykose og personlighetsforstyrrelser

- Personlighetsproblematikk kan også være en del av symptombildet ved psykoselidelser, slik at det blir vanskelig å skille PF ut som en separat lidelse.
- Pasienten bør ut av en akutt psykosefase før personlighetsforstyrrelser kartlegges

Andre vurderinger

- Førerkort: – Må ha dispensasjon ved psykoselidelse S 1348
- Våpen: – Vurder melding hvis "psykisk ustabil" og fare. IS-7/2003
- Voldsrisiko

Eksempel fra en klinisk hverdag på psyko-sepost

1. Forvern. Lese henvisning og observere i samtale- mistenke psykose?
2. MINI plus for å få et overordnet bilde pluss tillegg hvis indikasjon DIVA (ADHD), RAADS (Autisme), DES (dissosiasjon), PTSD, Y-BOCs (tvang) (SCID-II men ikke når i aktiv psykose)
3. Depresjon (mer enn 50% FEP har depresjoner)? MADRS ikke god på psykose, CDSS ved schizofreni og IDS ved bipolar/selv mordfare
4. SIPS eller PANSS
5. SCID 1
5. Medisinsk (EEG, MR caput), blodprøver, somatisk us
6. AUDIT/DUDIT
7. Kognisjon? Førerkort?
8. Voldsrisiko? Våpen?

Utredning i akutt fase

- Å **utelukke at det er somatiske årsaker** til symptomene.
- Disse årsakene kan for eksempel være delir, søvndeprivasjon, sansedeprivasjon, migrene eller søvnrelaterte psykoser.
- Det gjelder også ved alvorlige medisinske tilstander, som infeksjoner i sentralnervesystemet (encefalitt, meningitt, syfilis og AIDS) og andre sykdommer som påvirker sentralnervesystemet (eksempelvis Systemisk lupus, Adrenoleukodystrofi, MS, Huntingtons).
- Ulike former for ulike smertetilstander, epilepsi, tumor og hodeskader kan i visse tilfeller også gi psykoselignende symptomer.
- Det er i tillegg flere legemidler som kan utløse psykosesyntomer, og ulike rusmidler kan gi ulike psykosesyntomer.

PANSS klinisk nytte

- Beskrive symptomatologi ved mistanke om psykose
- Trekker inn informasjon fra andre observander enn intervjueren
- Er et ivaretagende intervju som kan utføres selv om pas er aktivt psykotisk
- Viktig ved evaluering av forløp og behandlingseffekt

PANSS ledd

- 30 ledd hentet fra Brief Psychiatric Rating Scale
- og Psychopathology Rating Scale
- **Begrunnelse for utvalget;**
- Skal beskrive positive symptomer
- Primære symptomer
- Representere ulike psykiske funksjoner som kognitive, affektive, sosiale og kommunikasjonsmessige

Hensikten med PANSS

- Hensikten med SCI-PANSS er å sikre informasjon om pasienten har symptomer på schizofreni og alvorlighetsgraden av disse symptomene.
- Intervjuet inkluderer både ja-nei spørsmål og åpne-lukkede spørsmål, noe som gir intervjueren mulighet til å finne eksisterende kliniske manifestasjoner og vurdere manifestasjonenes natur og innhold.
- Intervjuet er lagt opp etter beslutningstremodellen. Dette innebærer at et oppfølgingsspørsmål er avhengig av innholdet i foregående svar. Ved f.eks vurdering av en pasients dømmekraft og sykdomsinnsikt, kan intervjueren spørre pasienten: "Har du et problem som trenger behandling?". Dersom pasienten svarer bekræftende på det, kan intervjueren spørre om pasienten opplever problemet som psykiske vanskeligheter. Dersom pasienten svarer nei, kan intervjueren spørre: "Etter din mening, synes du at du trenger å ta medisin?".
- Et fullstendig intervju vil ta 30-45- minutter.

SCID INTERVJU

- **Structured**
- **Clinical**
- **Interview for the**
- **DSM (IV)**

SCID I

- **A-E modul:** Nyttig for å diagnostisere samt skille mellom affektive lidelser, ruslidelser og ulike psykoselidelser
- Anbefalt i nasjonale retningslinjer for psykoselidelser

Er psykotiske personer farlige?

- *Fordi de har mistet grepet på virkeligheten, er personer med psykoser ofte svært redde, mye reddere enn det vi andre er, sier Johannessen.*
- *Derfor kan de virke forvirret, utålmodige, aggressive eller irritable, og i korte perioder kan noen få være farlige og forsøke å skade både seg selv og andre. Da er det viktig at andre tar kontrollen.*

Voldsrisiko og psykose

- Personer som har en schizofrenidiagnose, uten rusmiddelproblemer, har i gjennomsnitt dobbelt så stor risiko for å begå voldshandlinger som personer uten psykiske problemer.
- Drapsofrene til de med en schizofrenidiagnose er oftere familiemedlemmer enn ofrene til personer som ikke er psykisk syke.
- Samtidig er det viktig å understreke at antall drap begått av personer med en alvorlig sinnslidelse i Norge per år, er veldig lavt, og dette tallet har vært synkende siden begynnelsen av 1980-tallet.
- Undersøkelser gjort av en australsk forskergruppe, viser at risikoen for voldsbruk ved ubehandlet psykose er 15 ganger høyere enn etter at pasienten har startet en adekvat behandling.

- Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere.
- Hvis det er tilfelle utredes situasjonen rundt voldshandlingen, som for eksempel om volden er utøvd under ruspåvirkning eller ikke.
- Personer som gjentatte ganger er innlagt på grunn av psykose under påvirkning av rusmidler, bør utredes både med sikte på alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold.

Risiko for voldsbruk knyttet til psykoselidelser

- rusmiddelmisbruk,
- massive paranoide forestillinger om forfølgelse,
- kommanderende voldsfremmende stemmer,
- en ubehandlet psykoslidelse.
- Gjennomgående kan en si at symptomets kvalitet, styrke og det ubehaget symptomet gir, er den viktigste volds-katalysatoren og risikoindekatoren.

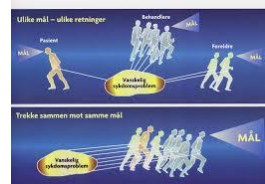
Hvordan redusere risikoen for voldsbruk hos personer med psykoselidelser

- Tidlig oppdagelse og behandling av psykoselidelser er viktige faktorer for å forebygge/ redusere voldsbruk blant personer med psykoser.
- Behandling av rusmiddelproblemer er en annen viktig faktor når det gjelder

V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste-10) - Voldsrisikovurdering

- Sjekklisten er et screeninginstrument, som bør følges opp med nærmere individuell risikovurdering der dette finnes riktig.
- Beregnet til å brukes uten spesiell forhåndopplæring, slik at både for eksempel turnuskandidater og leger i spesialistutdanning kan bruke det i daglig drift.
- Publikasjonsreferanser og gratis bruk av sjekklisten finnes ved søk på V-RISK-10.

Behandling av psykoselidelser



0 Behandling og oppfølging	56
0.1 Behandlingsformer som har dokumentert effekt	56
0.2 Spesielt om behandling i vanselfasen	57
0.3 Rettlig grunnlag for behandlingen	57
0.3.1 Riktig bruk av tvang	58
0.4 Familesamarbeid	59
0.4.1 Bakgrunn	60
0.4.2 Familesamarbeid i tidlig fase	61
0.4.3 Enkeltfamilegruppe og forfamilegruppe	62
0.4.4 Familesamarbeid hos pasienter med langvarige behov	63
0.4.5 Oppfølging og implementering av familesamarbeid	63
0.4.6 Barn av forstørte med en psykoselidelse	63
0.4.7 Søkere av pasienter som har utviklet psykose	65
0.4.8 Andre famileforhold	65
0.5 Psykoterapi ved psykose	65
0.5.1 Kognitiv atferdsterapi	66
0.5.2 Psykodynamisk psykoterapi	68
0.6 Miljøterapi	69
0.6.1 Sykehusmiljøets betydning	69
0.6.2 Kognitiv miljøterapi	70
0.7 Kunst- og musikkterapi	70
0.8 Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi	71
0.9 Sosial ferdighetstrening	72
0.10 Gruppeterapi ved psykoselidelser	72
0.11 Kognitive trening	73
0.11.1 Andre tiltak ved kognitive vansker	74
0.12 Somatisk fellebehandling	74
0.13 Behandling med legemidler	75
0.13.1 Vikening	77
0.13.2 Blotering	78
0.13.3 Praktisk bruk av antipsykotika	80
0.13.4 Andre biologiske behandlingsformer og kombinasjonsbehandlinger	85
0.13.5 Legemiddelbehandling av spesielle pasientgrupper	90
0.14 Behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk	94
0.15 Langvarig behandling og oppfølging	95
0.15.1 Helse- og omsorgsplaner	96
0.15.2 Inntak og forvaltning av økonomi	96
0.15.3 Læringsplaner	97
0.15.4 Sosiale fellebehandling og meningsfulle aktiviteter	97
0.16 Helsebehandling i alle vinkler	98
0.17 Oppfølging og evaluering av behandling	99
0.17.1 Behandlingsplan	99
0.17.2 Pasientens egen vurdering	99
0.17.3 Legemidler og samtlige helser	100
0.17.4 Evaluering av familesamarbeid	100

Holdninger og stigma

- Mange med psykoselidelser opplever oftere å bli stigmatisert av fremmede, men også av helsepersonell og pårørende (Bevan et al., 2013)
- Lave forventninger i forhold hva en tror personen kan klare



Selvmondsforebyggende tiltak for mennesker med psykoselidelser

- en god terapeutisk allianse
- å skape håp for framtiden
- en planlagt overgang ved utskriving og god oppfølging
- involvering av familie og nettverk i behandlingen

Selvmondsrisiko vurderes best ved å stille spesifikke spørsmål direkte til pasienten. Slike spørsmål medfører ikke økt selvmondsrisiko.

- **Har pasienten selvmondstanker eller planer?**
- Hvor på skalaen fra passive dødsønsker til konkrete selvmondsplaner befinner pasienten seg?
- Kommer selvmondstankene bare av og til, eller er de til stede hele tiden?
- **Imperative hallusinasjoner?** Hører pasienten stemmer som forteller at han/hun skal skade seg selv eller andre?
- **Tidligere selvmondsforsøk?** Tidspunkt? Antall? Alvorlighetsgrad?
- **Foreligger livstruende affekter?** Håpløshet? Selvfølelse? Raseri? Forlatthet? I hvilken grad holder pasienten ut slike følelser?
- **Mestringsevne?** Hvordan har pasienten mestret belastninger tidligere?
- **Kartlegging av nettverk.** Pårørende, venner, behandlere.
- **Konkrete planer eller forberedelser?** Har personen skrevet avskjedsbrev? Bestemt seg for metode? Tilgang til selvmondsmidler?

Er det viktig å komme tidlig til med behandling?

- Ja. TIPS- studien viser at varigheten av ubehandlet psykose (DUP) virker inn på flere forhold. Hovedfunnene er:
- Ved oppdagelsesteam og informasjonskampanjer er det mulig å komme svært tidlig til med behandling (**signifikant reduksjon av DUP i Rogaland, median DUP 4 uker**)
- Kortere DUP gjør at pasienter kommer til behandling med lavere symptomtrykk på alle områder, inkludert lavere suicidalitetsrisiko. **Redusert DUP fører til mindre suicid og bedre forløp.** Dog, pasienter med lav DUP responderer ikke raskere på behandling
- **Kortere DUP fører også til lavere nivå på negative symptomer** over tid.
- **Tidlig intervensjon doblet sjansen for recovery etter 10 år.** Men selv blant de pasientene som ble tidlig oppdaget (ED), var det om lag 50% som ikke var i remisjon ved **10 års follow-up.**

Lydbilder fra Bjørn Rishovd Rund

99

Behandling- hva gjør psykologen?

- **Viktig med grundig utredning først**
- **Psykoedukativ behandling**
- **Samtaleterapi** for blant annet å øke selvfølelsen, styrke forståelsen av en selv og gjøre det lettere å leve med sykdommen.
- Andre typer samtalebehandling kan også ha effekt. Det inkluderer **kognitiv atferdsterapi og sosial ferdighetstrening.**

Behandling

- **Legemidler** (antipsykotika) (psykiater/lege)
- **Tiltak for kognitive vansker**
- **Fysisk aktivitet, god søvnhygiene, og riktig kosthold** kan også hjelpe.
- Musikk- og kunst terapi (egne terapeuter)
- Individuell plan/Ansvarsgruppe

Kriseplan

helsebiblioteket.no

Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

KRISEPLAN – tiltak ved varsel signaler

Mine varsel signaler er:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Hva kan jeg gjøre?

Hva har hjulpet før?

Sykdomsinnsikt og tvangsbehandling

- Grad av sykdomsinnsikt er avgjørende for om pasienten vil gå med på frivillig behandling
- Tvungen psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at det er ført frem eller at det er åpenbart formålsløst å forsøke dette

Familiesamarbeid

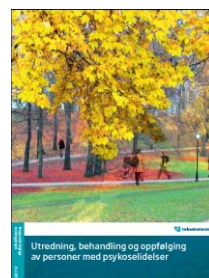
- Nær familie bør kontaktes snarest mulig, innen 3 dager
Husk søsken!
- *Psykoedukativ* enkeltfamiliegruppe/ flerfamiliegruppe
- Ved langvarige forløp bør man bestrebe seg på å invitere til et *samarbeid* med familien
- Arbeidet tilpasses det forholdet pasienten har til familien

Kognitiv atferdsterapi

- Bør tilbys alle med psykosesyntomer
- Individuelle forløp på minst 15-20 samtaler
- Kan benyttes i alle behandlingsfaser

Retningslinjene om kognitiv terapi

- Bør tilbys til alle som plages med psykosesyntomer
- Individuelle forløp på minst 15-20 samtaler
- Kan benyttes i alle behandlingsfaser



Kognitiv terapi ved psykose

- Kan føre til større avstand til og kontroll av psykosesyntomer, selv om symptomer ikke forsvinner helt

Kunnskapsgrunnlaget (Lysbilder fra Marit Grande)

- Et hovedfunn er at de som får kognitiv terapi gjennomgående klarer seg bedre og reduserer symptomer sammenlignet med dem som får standard behandling.
 - Færre og kortere reinnleggelser (8.26 dager i gjennomsnitt)
 - Mindre alvorlighetsgrad når det gjelder positive symptomer, negative symptomer, depresjon og sosial funksjon.
 - Virkningen på hallusinasjoner er mer entydig positiv sammenlignet med effekten på vrangforestillinger (mer om dette NICE 2014 s. 233/334, Thase et.al. 2014).



Musikk terapi anbefalt som behandling i veileder for psykosebehandling

- Første musikkterapi time var rett etter at hun var innlagt. Hun var tungt medisinert og husker ikke noe fra den første gangen.
- – *Jeg var pillefjern ganske lenge, men etter hvert var det musikkterapien som fikk meg til å stå opp. Det er så kjedelig på en sånn avdeling. Lukket og låst. Men de dagene jeg skulle ha musikkterapi, kunne jeg stå opp og kjenne at denne dagen kunne bli bra, sier hun.*
- Det som ofte skjedde, var at **syns- og hørselshallusinasjonene forsvant**. Synene av lik, venner hun har vært med å begrave etter overdoser, ble borte. I **musikkrommet opplevde hun også å bli sett som menneske, ikke som en syk pasient.**

Behandling av depresjon ved schizofreni

- Det er viktig at depresjon ved schizofreni blir adekvat behandlet. Dette kan gjøres medikamentelt (Levinson, Umpathy & Musthaq, 1999), ved hjelp av psykoterapi eller en kombinasjon av disse.
- Både kognitiv terapi og interpersonlig psykoterapi har vist seg effektiv i behandling av depresjon (Butler & Beck, 2001; Norsk Psykologforening, 2002).
- En studie utført ved St. Olavs Hospital i Trondheim (Hagen, Nordahl & Gråwe, 2005) tyder på at **gruppebasert kognitiv atferdsterapi er en kostnadseffektiv behandlingsmetode, som også viser gode resultater i behandlingen av depresjon hos personer med schizofreni.**

Psykoser og traumer

- Alle psykologer kan ha fokus på traumer i behandlingen
- Normalisere symptomer, minske skamfølelse over symptomer, fokus affektregulering/stabilisering, egenomsorg, pust og stress reduksjon
- Bearbeiding og integrering av traume skjer som regel langt ute i en terapiprosess og må heller ikke alltid fokuseres på- her bør man ha mer særkompetanse ofte på traumebehandling

Psykodynamisk psykoterapi

- Kan anvendes av helsepersonell for å forstå erfaringene til pasienter med psykoselidelser
- Tilpasset, støttende psykodynamisk terapi etter fasespesifikke prinsipper kan tilbys i ikke-psykotisk fase

Pragmatisk psykoterapi (Mandelid i Mening og mestring ved psykoselidelser red Oterholt og Haugen, 2015)

- Bedring kan innebære frihet fra plagsomme symptomer
- **Mer avstand og kontroll over symptomer**
- Eller at symptomene blir integrert som sider av personens liv som tidligere har vært stengt
- Bedre realitetstesting gjennom etablering og styrking av metakognisjon og mentaliseringsevne- se egne tanker og følelser som indre virkelighet adskilt fra ytre virkelighet
- Oppdage sin egen subjektivitet som grunnlag for realitetstesting

Terapeutisk intervju med klienter med schizofreni

- Først sette seg inn i all informasjon om pasienten
- Formålet er likt som hos andre pasienter, men må huske på at pasienten **lettere kan bli redd, kan lett bli mistenksom, kan ha mindre bevisst adgang til viktig informasjon om seg selv**, og kan være noe mindre i stand til å delta i samtalen som er «fullverdig partner» i samtalen
- Oppsummere og belyse det som er uklart
- Hva synes du er vanskelig, hva kan jeg hjelpe deg med?
- Oppsummeringsark med de viktigste begivenheter i pasientens liv
- Informasjon om detaljer i hallusinasjoner og vrangforestillinger
- Hjelpe til koble sammenheng mellom symptomer og hendelser?
- **Normalisere psykotiske symptomer som reaksjoner på stress for å redusere pasientens skam**

Utforske og utfordre stemmene ved å stille spørsmål som:

- Hva taler for at min oppfatning er riktig?
Hva taler mot den oppfatning jeg har om stemmene mine?
Hva mener andre om det jeg hører?
Når hørte jeg stemmer for første gang?
Hvor ofte hører jeg stemmer?
Hvor mange stemmer hører jeg?
Er det menn eller kvinner som snakker?
Har de navn?
Kan jeg si hvem det er?
Bruker stemmene mitt navn?
Hva forteller stemmene?
Forteller stemmene sannheten?
Er det logisk det de sier?
Hva vil de si?
Skaper stemmene problemer?
Hvor sterkt plaget er jeg av stemmene på en skala fra 1 til 10? (10 er det verste)
Gjorde de meg redd?
Gjorde de meg deprimer?
Har stemmen makt over meg?
Hva gjør jeg når stemmene plager meg?
Kan stemmene skade meg?
Er der noen sammenheng mellom stemmene og livshendelser?
Hvordan virker stemmene inn i det daglige livet?
Ødelegger stemmene den sosiale kontakten?
Hva er det verste som kan skje hvis jeg snakker stemmene til rette?

- Noen ønsker å fjerne stemmene, andre vil utforske dem
- Personene kan være ulike mottakelige for ulike former for terapi på ulike tidspunkt i bedringsprosessen
- Alltid viktig med stress reduksjon

Spesielt viktig for pasienter med negative symptomer

Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi

- Fysisk aktivitet
 - Informasjon om betydningen
 - Motivasjon
 - Tilrettelegging

Kunstterapi

- Musikkterapi

Finnes egne programmer for sosial ferdighetstrening

Sosial ferdighetstrening

- Bør tilbys trening i sosial interaksjon og i andre ferdigheter som er viktige for å mestre et selvstendig liv

Behandling med legemidler

- Generelle forhold
 - Alle bør tilbys et adekvat behandlingsforsøk med AP
- Dosering bør ligge i nedre område
- Ved flere episoder ligger virksom dosering vanligvis i doseringsområdet som tilsvarer 1-3 definerte døgndoser
- Høyere doser bør ikke gis uten nøye vurdering og god begrunnelse i journal

Kognitiv trening/tiltak

- Anbefales som del av helhetlig tilnærming
- Relevante tiltak for å bedre kognitiv fungering
 - Relevante hjelpemidler
 - Praktisk hjelp
 - Tilpasninger i arbeid og skole

Omfattende forskning har vist at personer med schizofreni ikke er dømt til et liv med permanent funksjonstap

- - et fatalistisk syn som i seg selv er ødeleggende for mulighetene for bedring.
- Å øke antall personer som oppnår bedring ved schizofreni vil destigmatisere lidelsen, redusere den emosjonelle byrden for familiene, og redusere de økonomiske kostnadene for samfunnet.

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Fremskritt i forståelsen av schizofrenienes etiologi, forløp og behandling...

- Nancy Andreasens task –force group on remission in schizophrenia (2005)
- "..... Evidence that traditional predictions of generally poor outcome may have been overstated".
- Schizofreni blir ikke lenger kun betraktet som en lidelse med et negativt forløp.
- Restitusjonsperspektivet på schizofreni vinner stadig terreng – en prosess der normal fungering midlertidig erstattes med psykopatologi, men deretter kan gå tilbake til det opprinnelige nivå.

Lysbilder fra Anne Kari Torgalsbøen

Oppsummering; UTREDNING: Eksempel fra en klinisk hverdag på psykiosepost

1. Forvern. Lese henvisning og observere i samtale- mistenke psykose?
2. MINI plus for å få et overordnet bilde pluss tillegg hvis indikasjon DIVA (ADHD), RAADS (Autisme), DES (dissosiasjon), PTSD, Y-BOCS (tvang) (SCID-II men ikke når i aktiv psykose)
3. Depresjon (mer enn 50% FEP har depresjoner)? MADRS ikke god på psykose, CDSS ved schizofreni og IDS ved bipolar/selvmoordsfare
4. SIPS eller PANSS
5. SCID 1
5. Medisinsk (EEG, MR caput), blodprøver, somatisk us
6. AUDIT/DUDIT
7. Kognisjon? Førerkort?
8. Voldsrisiko? Våpen?

OPPSUMMERING: Behandling psykose- fra en klinisk hverdag

- Medisiner
- Kognitiv terapi
- Støttende samtaleterapi
- Individuell plan, ansvarsgruppe
- Flerfamiliegruppe? Psykoedukativt familiearbeid
- Musikk terapi? (neg symp)
- Fysisk aktivitet
- Sosial ferdighetstrening?

Oppsummert

- Psykotiske lidelser er sammensatte og kan medføre store lidelser for personen, familien og medføre store kostnader for samfunnet
- Selv om det er en alvorlig sykdom er det et mer positivt på sykdommen i dag enn tidligere, og det er mulig å bli frisk eller leve et godt live med sykdommen
- Årsak; Psykologiske, sosiale og biologiske forhold interagerer i et komplisert samspill (bio-psyko-sosial modell)
- Sentrale elementer i behandlingen er psykoedukasjon, familiearbeid, kognitiv terapi, støttesamtaler, medikamenter og støttende psykososiale tiltak