

Tips II - Hensikt

Hensikten med TIPS-II-prosjektet er å studere hvordan pasienter med førstegangs psykose kommer til behandling og hvordan forløpet er ved 1, 2 og 5 år.

Inklusjon i TIPS (Tidlig Intervensjon ved PSykose 1997-2000) prosjektet er avsluttet (31.12.00), men tidlig-OppdagelsesTeamet (OT) er integrert i nyetablert akutt-mottakspost ved Sentralsykehuset i Rogaland, psykiatrisk klinikk. Aktiv utadrettet markedsføring av prosjektet er redusert. Vi gjennomfører en ny studie på første-gangs psykoser i Rogaland (midt og sør-sektor) i etterkant av TIPS prosjektet. Vi bruker utredningsmetoder som i foregående studier, og gir pasientene behandling og oppfølging som i TIPS. Vi vil sammenlikne TIPS-II pasientene med pasientene i TIPS og i studien i forkant av TIPS, dvs preTIPS-prosjektet fra 1993-94. Vi antar at varighet av ubehandlet psykose (VUP) vil bli lang i post-TIPS perioden (TIPS-II) bl.a. med funn fra nyere forskning i Danmark som viser at tidlig intervensjonsprogrammer uten intensivt undervisnings- og markedsførings-kampanjer ikke ser ut til å ha samme effekt på VUP som TIPS.

Tips II - Formål

Å påvise at informasjonskampanjer er vesentlige for å minimalisere VUP.

Vi har følgende hypoteser for TIPS-II prosjektet;

- VUP i TIPS-II vil på ny bli relativt lang når TIPS prosjektet avsluttes; VUP i post-TIPS fasen vil være signifikant lengre enn VUP i TIPS.
- I TIPS-II vil fordelingen av VUP likne på fordelingen av VUP i perioden 1993-94 (pre-TIPS)
- Vi forventer også at pasientene i TIPS-II vil ha mer symptomer ved start av behandling sammenliknet med TIPS prosjektet ,og likne mer på de symptomprofilene som ble beskrevet i 1993-94.
- Vi forventer en sammenheng mellom lengre VUP og lengre tid til remisjon og dårligere forløp.

Tips II - Design

Prosjektet vil være en prospektiv studie på første gangs ikke affektive psykoser i Rogalands midt- og sør-sektor. Vi vil inkludere pasienter i alder 15-65 år, i en periode på 4 år. Befolkningsgrunnlaget er ca 260 000 og basert på insidenstall fra TIPS-prosjektet (17/100 000 per år) er forventet antall inkluderte pasienter ca 160. Pasientene vil inngå i en naturalistisk oppfølgingsstudie over 1,2 og 5 år. I tillegg vil man foreta sammenlikning med to historiske kontrollgrupper; pre TIPS (1993-94) og TIPS (1997-2000).

TIPS II - Oppfølging

Prosedyre:

Alle pasientene i undersøkelsen vil bli rutinemessig fulgt opp etter tre måneder, etter to år og etter fem år etter at de ble inkludert i undersøkelsen. Også de pasientene som har flyttet ut av Rogaland vil bli fulgt opp uavhengig av hvor de bor.

TIPS II - Førstegangsevaluering

- A. Så tidlig som mulig vil hver pasient
1. Inngå i undersøkelsens behandlingsprotokoll
 2. Gjennomgå følgende evaluering
 - a. SCID -p / suicidalitet
 - b. SCID -p PTSD/Freyd Traumeskala
 - c. SCID -p atferdsforstyrrelser
 - d. PANSS
 - e. GAF (SCID akse V)
 - f. Personlige data, baselineregistrering
 - g. St. Hans bivirkningsskala
 - h. Varighet av ubehandlet psykose (pasient og familie)
 - i. PAS
 - j. Sosial tilpasning
 - j. Intervju om livskvalitet
 - k. FEERS (pasient og familie)
 - l. Case Manager skala for medikament- og alkohollidelser
 - m. Strauss Carpenter funksjonsnivåskala
 - n. Deficit syndrom
 - o. Familiehistorie psykiatrisk sykdom
 - p. DSM-III-R akse IV - Life events
 - q. Nevropsykologisk utredning

TIPS II - Fortløpende kartlegging av symptomer og bivirkninger

Modellen som beskrives her ved at hovedbehandler fyller ut en regelmessig protokoll, er blitt utprøvd i TIPS-prosjektet og erfaringene var sammensatt. En del behandlere fant liten verdi i manualen og fylte den ikke ut. En del andre brukte protokollen aktivt og den fungerte da som en god kvalitetssikring av behandlingsforløpet. I denne studien vil protokollen ikke være standard, men tilbys behandlere som ønsker å bruke den. Vi vil anbefale kolleger å benytte anledningen til å sette evaluering av behandlingsforløpet i system ved denne metoden og vi vil også arrangere opplæring i manualen for de som ønsker det.

Prosedyre:

Den fortløpende kartlegging av symptomer ved hjelp av en forkortet PANSS (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, N2, N4 og A9), GAF og av bivirkninger ved St. Hans bivirkningsskala (kortversjon) er den behandlende klinikers ansvar sammen med det lokale utredningsteamet. Medlemmer av utredningsteamet vil møte den behandlede kliniker etter en tidsplan (annenhver uke i løpet av akutt- og stabiliseringsfasen, deretter månedlig), og er ansvarlig for å gå gjennom pasientens protokoll. Hvis den behandlende kliniker konkluderer med at pasienten ikke lenger er psykotisk vil utredningsteamet utføre et fullstendig PANSS intervju. Hvis pasienter fortsatt er psykotisk etter tre måneder, vil det også utføres et fullstendig PANSS intervju. Hvis den behandlende kliniker senere i forløpet konkluderer med at en pasient i remisjon på nytt har psykotiske symptomer, vil utredningsteamet utføre et fullstendig PANSS intervju.

Definisjoner:

A. Remisjon: En pasient er i en remisjonsfase når han/hun ikke lenger er aktiv psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr oppførsel. I tillegg bør ikke pasienten skåre 4 eller høyere på noen av de følgende PANSS symptomer P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

B. Tilbakefall. En pasient har et tilbakefall når han/hun er aktiv psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr oppførsel. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Dessuten må pasienten skåre minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS symptomer P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Registreringsperioder:**A. Akutt psykose-fase**

Ukentlig registrering av symptomer, GAF og bivirkninger. Fra inklusjon til remisjon, evt. fra inklusjon til 3 mndr. dersom remisjon ikke har inntruffet innen da.

B. Stabiliseringsfase

Registrering hver andre uke av symptomer, GAF og bivirkninger. Fra remisjon til 6 mndr., evt. fra 3 mndr til 6 mndr. dersom pasienten ikke har gått i remisjon.

C. Oppfølgingsfase

Resten av perioden for stabile ikke-psykotiske eller vedvarende psykotiske pasienter: Symptomer, GAF og bivirkninger månedlig.

D. Remitterte pasienter med tilbakefall plasseres tilbake i registreringsperiode.

TIPS II - Nevropsykologi

De følgende testene er inkludert i nevropsykologiprotokollen.

- For pasienter som remitterer før tre måneder, finner testingen sted en uke etter at PANSS intervjuet har bekreftet remisjonen.

- For pasienter som ikke har remittert innen tre måneder, finner testingen sted i forbindelse med tre- måneders evalueringen, fortrinnsvis en uke etter PANSS intervjuet. Testingen kan utføres i en eller flere testingsomganger.
- Del A utføres bare ved baseline.
- Pasienter med IQ under 70 tas ut av undersøkelsen.
- Testene er rangert med de viktigste øverst.
- Testene i del B. bør fortrinnsvis gjennomføres på alle pasientene

Modul	Tidspunkt	Test	Dekker	Varighet
Modul A	Remisjon eller tre måneder	WAIS R block design (terningmønster) WAIS R similaritis (Likheter) WAIS R digit memory (Tallhukommelse)	Approx. IQ	A: 45 min
Modul B	Remisjon eller tre måneder, 1, 2 og 5 år follow-up	Backward maskin/California Verbal Learning Test/ Finger Tapping Test Verbal fluency Test/Wisconsin Card sorting Test		B: 65 min
Modul C	Remisjon eller tre måneder, 1, 2 og 5 år follow-up	Digit span with distractor/ Trail making Ts A&B/ Continuous performance Test / Span of apprehension Test		C: 70 min
Total				Baseline: 180 min 1, 2 og 5 år follow-up: 135 min

TIPS II - Testbatteri oversikt

Modul	Baseline	Remsj. / Tre mnd.	Ett år	To år	Fem år
Premorbid periode,	VUP PAS				

varighet ubehandlet psykose (Pasient)					
Familie-historie psykiatrisk sykdom (Familie)	FHMI		FHMI		
Somatisk protokoll	Somatisk unders., blodprøver				
Diagnose, komorbiditet	SCID, Deficit Syndrome Scale, Drug and Alcohol abuse, Suicidalitet		SCID, Deficit Syndrome Scale, Drug and Alcohol abuse, Suicidalitet	SCID, Deficit Syndrome Scale, Drug and Alcohol abuse, Suicidalitet	SCID, Deficit Syndrome Scale, Drug and Alcohol abuse, Suicidalitet
PTSD	SCID PTSD, Freyd Traumeskala		SCID PTSD, Freyd Traumeskala		
Symptomer, global fungering	PANSS, GAF	PANSS, GAF	PANSS, GAF	PANSS, GAF	PANSS, GAF
Nevro-psykologi protokoll	Nevropsykologi kontroll		Nevropsykologi kontroll	Nevropsykologi kontroll	Nevropsykologi kontroll
Demografi, livskvalitet, sosial fungering, life events	Demografi skjema, Lehmans livskval.- intervju, Sosial tilpasningsskjema, Strauss Carpenter skala, DMS-IIIR akse IV		Demografi skjema, Lehmans livskval.- intervju, Sosial tilpasningsskjema, Strauss Carpenter skala, DMS-IIIR akse IV	Demografi skjema, Lehmans livskval.- intervju, Sosial tilpasningsskjema, Strauss Carpenter skala, DMS-IIIR akse IV	Demografi skjema, Lehmans livskval.- intervju, Sosial tilpasningsskjema, Strauss Carpenter skala, DMS-IIIR akse IV
Bivirkninger	St. Hans bivirkningsskala	St. Hans bivirkningsskala	St. Hans bivirkningsskala	St. Hans bivirkningsskala	St. Hans bivirkningsskala
Familie miljø (Pasient)	FEERS		FEERS	FEERS	FEERS
Familie	FEERS, Five Min. Speech Sample		FEERS, Five Min. Speech Sample	FEERS, Five Min. Speech Sample	FEERS, Five Min. Speech Sample

VUP = varighet av ubehandlet psykose

PAS = premorbid adjustment scale

FHMI = family history of mental illness

SCID = structured interview for DSM

PTSD = post traumativ stress syndrome

PANSS = positive and negative syndrome scale

GAF = global assessment of functioning

TIPS II - Standard behandling

Introduksjon/bakgrunn:

For å sikre pasientene en optimal behandling skal behandlingen alltid inneholde minst 3 elementer. Disse 3 elementene er valgt ut på bakgrunn av omfattende studier av forskningslitteratur rundt schizofreni. Disse viser at de best dokumenterte behandlingsformene inkluderer medisinerer, familiearbeid og støttende psykoterapi med vekt på kontinuitet. Dette forutsetter stabilitet fra behandleren og aktivt arbeid med å nå fram til pasienter som ikke møter opp til avtaler. Intervensjonen bør rettes mot pasientens konkrete behov. I tillegg kan også den enkelte pasient ha behov for annen form hjelp, det vil bli iverksatt etter individuell vurdering. Slike behov kan variere mellom pasientene, og i løpet av behandlingsperioden for den enkelte pasient.

Elementer i prosjektets standard behandling:

Prosjektets standard behandlingsprotokoll inneholder tre deler:

1. Støtte-psykoterapi og aktivt oppsøkende arbeid
2. Medisinerer
3. Familiearbeid

Behandlingsprotokollen inkluderer retningslinjer for støttende psykoterapi og medisinerer og for familiearbeid.

Psykososial (re)habilitering er en viktig del av behandlingstiltakene rettet mot første gangs psykotiske pasienter. Pasientenes behov på dette området viser betraktelige variasjoner, og lokale rehabiliteringsressurser kan også variere. På bakgrunn av dette gir ikke behandlingsprotokollen spesifikke instruksjoner, anbefalinger eller retningslinjer for psykososial (re)habilitering. Det er allikevel en integrert del av den individuelle behandlingen, og det eksplisitte ansvaret ligger på personen som er behandlingsansvarlig.

Organisering av behandlingen

Behandlingsteamet

Kontinuitet i behandlingen vil ivaretas av det samme teamet over to år (vedlikeholds behandlingsteam, VBT). Et vanlig benyttet team vil bestå av pasientens individualbehandler og primærpsykepleier. I enkelte tilfeller vil hoveddelen av tid og krefter rettes mot individuell psykoterapi, men dette vil ikke være mest relevant i alle tilfellene. Team-medlemmenes opplæring og profesjon kan variere med de oppgaver som kreves ut fra den enkelte pasients behov: individuell psykoterapi (psykiatere/kliniske psykologer eller andre yrkesgrupper med tilsvarende psykoterapeutisk opplæring), medisinerer (lege) og for noen pasienter case-management

orientert arbeid. (Leger, psykologer, sosionomer eller sykepleiere med tilstrekkelig opplæring). De to familiarbeiderne fra pasientens flerfamiliegruppe (FFG) og et medlem fra utredningsteamet vil samarbeide med hvert VBT. Utredningsteamets (UT) medlem planlegger og utfører utredningen og følger opp nytten av behandlingen.

Screening

Pasienter som tas i mot eller henvises i nødsituasjoner kan mottas enten i sengeavdeling eller poliklinisk av behandlere som av forskjellige grunner ikke er i stand til gå inn i pasientens VBT. Det kan da være enklest at denne behandleren fortsetter som pasientens behandler gjennom utredningsperioden, dvs. inntil pasienter formelt inngår i undersøkelsen, og VBT dannes.

Vedlikeholds behandlingsteams (VBT's) ansvarsområde

Hvert team har en leder som alle medlemmene er ansvarlig i forhold til. I VBT har psykoterapeuten hovedansvaret for psykoterapien og legen har hovedansvaret for medisinerings (hvis dette er en annen). VBT lederen har ansvar for å kvalitetssikre at behandlingen som utføres er i henhold til protokollen. Han eller hun er også ansvarlig for at familien har mottatt et tilbud om organisert familiarbeid i henhold til protokollen. Teamet har felles ansvar for å starte opp nødvendig psykososial (re)habilitering. Hvis pasienter ikke møter til avtale, eller synes å falle ut av behandlingen, bør VBT gjøre aktive forsøk på å nå pasienten.

TIPS II - Støtte psykoterapi

De betydelige individuelle variasjonene i pasientenes behov gjør det vanskelig å gi nøyaktige og presise instruksjoner for form og innhold av psykoterapien. Denne protokollen angir hovedlinjene for rammene i prosjektets psykoterapiprotokoll.

Innholdet i støtte-psykoterapien

Alle pasienter som inngår i prosjektet vil bli tilbudt psykoterapi. Fordi pasientenes behov vil vise betydelige variasjoner, vil samtalenes hyppighet, lengde og terapiteknikk variere fra pasient til pasient, og også innenfor behandlings-forløpet til den enkelte pasient. Støttende elementer vil imidlertid alltid utgjøre en viktig del av psykodynamisk orientert psykoterapi for denne gruppen av pasienter. I noen tilfeller vil terapeuten i lange perioder måtte arbeide primært med å etablere kontakt og/eller med å få pasienten til å komme til timer eller å ta medisiner. Andre pasienter kan være sterkt motiverte for behandling og kunne inngå i en mer innsiktsorientert prosess.

Terapeuten må være fleksibel, og rettet mot pasientens behov, og dette må inkludere villighet til å gi praktisk hjelp. Et hovedfokus vil være å hjelpe pasienten til å utvikle interne mestringsstrategier, og å øke bevisstheten om personlig sårbarhet, og derigjennom bedre forståelse for og akseptering av sykdomsrelaterte erfaringer og behovet for behandling. Det vil også fokuseres på å håndtere tap, inngi håp, på familie og personlig utvikling og på å unngå demoralisering og å oppmuntre til reintegrering i samfunnet.

Psykoterapeuten har et overordnet ansvar for andre områder i pasientens behandling inkludert medisinerings og psykososial rehabilitering. Emner knyttet til andre aspekter av behandlingen vil også kunne tas inn som tema i psykoterapien. Aktivt oppsøkende arbeid er også et eksplisitt ansvar for psykoterapeuten, og inkluderer det å ringe hvis pasienten ikke møter opp til avtale og å gå på hjemmebesøk hvis nødvendig. Psykoterapeuten står fritt til å ha kontakt med pasientens familie etter behov (generell informasjon, planlegging av besøk eller ferier, kriseintervensjon etc.) forutsatt at denne kontakten ikke motvirker det organiserte familiearbeidet.

Psykoterapeutens kvalifikasjoner

En psykiater/spesialist i klinisk psykologi eller andre yrkesgrupper med tilsvarende psykoterapiopplæring bør utføre psykoterapien. Alternativt en erfaren underordnet lege eller psykolog under veiledning av psykiater eller klinisk psykolog tilknyttet den aktuelle post.

Lengde og frekvens/antall samtaler

Varigheten av behandlingen er minst to år, med minimum en planlagt time i uken. Samlet varighet bør utgjøre minst 30 minutter pr. uke. Dersom pasienten møter til flere samtaler eller annen behandling registreres dette som "annen behandling".

TIPS II - Medisinering

I tilfeller hvor psykoterapeuten (eller case manager) ikke er en lege, har VBT lederen ansvaret for å sikre at en kvalifisert lege tar hånd om medisinerings etter protokollen og overvåker bivirkninger. Denne legen har felles ansvar med VBT lederen for å sørge for at retningslinjene i denne protokoll følges, og at registreringer vedrørende dosering, bivirkninger og compliance foretas.

Denne protokollen gir retningslinjer for behandlingen av psykotiske symptomer i alle diagnostiske kategorier som dekkes av inklusjonskriteriene.

Protokollen inkluderer også behandlingsanbefalinger for noen vanlige problemer eller relaterte symptomområder ved disse tilstandene (angst og uro, affektive symptomer, periodisk affektivitet eller aggressivitet og ekstrapyramidale bivirkninger).

Terapeuten står fritt til å behandle symptomer og problemer som denne protokollen ikke dekker på den måten han eller hun finner best, men det er viktig at all farmakologisk behandling av psykiatriske symptomer eller behandling av mulige bivirkninger av den psykofarmakologiske behandling registreres.

TIPS II - Retningslinjer for akutfasebehandling

Pasienter som samarbeider om medisinerings:

1. Mulige førstevalg (alfabetisk ordnet);

Olanzapin (zyprexa) 10 mg daglig. Maksimal dosering 20 mg. Vedvarende positive eller negative

symptomer etter 8 uker med maksimal dosering fører til endring av medisinerings. Det samme gjør vedvarende Olanzapintilknyttede bivirkninger.

eller

Risperidon (risperdal) økende opp til 6 mg daglig (anbefalt dose for førstegangpsykotiske pasienter er 2-4 mg). Hos pasienter med lite respons kan det prøves ut opp til 10 mg. Vedvarende positive eller negative symptomer etter 8 uker med maksimal dosering fører til endring av medisinerings. Det samme gjør vedvarende Risperidontilknyttede bivirkninger.

eller

Quetiapin (seroquel) i dosering opp til 750 mg i løpet av 8 dager. Maksimal dose er 750 mg, men klinisk erfaring tilsier at doser opp til 1200 mg kan være nødvendige for å oppnå ønskelig effekt.

Andre typer antipsykotisk medikasjon av nyere type som zeldox eller solian kan også være aktuelle preparater. Disse nyere preparatene bør velges ut fra erfaring og bivirkningsprofil. Vi gir her ikke en detaljert beskrivelse av alle preparater, men henviser til felleskatalogen som gir god bruksanvisning. Vi begrunner vår anbefaling om å velge denne type medikasjon med at studier viser at effekt mot psykose er ganske lik de gamle preparatene, men at bivirkningene er mindre alvorlige og tolereres bedre av pasientene. Det kan være en ide og prøve opp til tre av disse preparatene før man starter med neste anbefaling.

2. Valg:

Perfenazin (trilafon) gradvis økende til 16 mg. Når en pasient er blitt behandlet med en stabil dosering i 5-6 uker, eller opplever tydelige ekstrapyramidale bivirkninger, måles serumnivå av medikamentet. Videre dosejustering baserer seg på resultatet av denne undersøkelsen. Vedvarende positive eller negative symptomer etter 8 uker med maksimal dosering fører til endring av medisinerings. Det samme vurderes ved vedvarende Perfenazin (Zuclopentixol) tilknyttede bivirkninger.

3. Valg:

Klozapin (leponex) i gradvis økende doser. Ytterligere terapeutisk effekt oppnås sjelden ved dosering høyere enn 600 mg pr dag.

TIPS II - Retningslinjer for vedlikeholdsbehandling

Når de psykotiske symptomene opphører fortsetter pasienten med samme medikasjon inn i vedlikeholdsbehandlingsfasen. Varigheten av vedlikeholdsbehandling er avhengig av pasientens sykdom.

Schizofreni og vrangforestillingspsykoser: Doseringen bør holdes på samme nivå i tre måneder etter opphør av symptomer. Pasienter som stabiliserer seg på 10 mg Olanzapin, 2 mg Risperidon eller 8 mg Perfenazin fortsetter uten å endre dosen ut hele oppfølgingsperioden. For andre kan dosen gradvis reduseres til halv dosering av akutfase-dosering etter tre måneder med

stabilisering, men ikke lavere en nivåene angitt over. Denne vedlikeholdsbehandlingen fortsetter i to år.

Schizofreniform lidelse: Vedlikeholdsbehandling som ved schizofreni, men varighet ett år.

Schizoaffektiv lidelse: Vedlikeholdsbehandling som ved schizofreni. Varigheten av vedlikeholdsbehandlingen bare ett år dersom varigheten av den schizoaffektive episoden er mindre enn seks måneder.

Kortvarig psykose: Dosen reduseres gradvis til halvparten av maksimal dosering, men ikke mindre enn minste effektive dosering, og bør fortsette i seks måneder etter symptomopphør.

Psykose NOS: Vedlikeholdsbehandling som ved de andre psykosene, med en varighet av vedlikeholdsbehandlingen utfra lengden av den aktuelle psykotiske episoden.

TIPS II - Andre behandlings-anbefalinger

Generelle anbefalinger: Unngå multifarmasi. Vær oppmerksom på interaksjoner som kan ha innvirkning på metabolismen (dvs. serumnivå) til hoved-antipsykotisk medisin. Når det gjelder nevroleptika anbefaler vi monoterapi.

Spesifikke anbefalinger: Betydelig angst og uro, vedvarende og plagsomme hørselshallusinasjoner: Vurder å tilføye benzodiazepiner i en begrenset periode. Vurder litium for pasienter med mani.

Alvorlige depresjoner: Som en del av affektive psykoser, schizoaffektive lidelse eller i forløpet av schizofreni. Vurder å bruke antidepressiva, men fortrinnsvis etter den akutte psykotiske fasen (risiko for forverring i akutfase). Antidepressiva som ofte brukes inkluderer SSRI'er, trizykliske antidepressiva, eller eventuelt litium. Vær oppmerksom på interaksjon mellom SSRI'er og nevroleptika. Paroxetin ("Seroxat") nedsetter metabolismen av perfenazin. Fluvoxamin ("Fevarin") interagerer muligens med perfenazin (øker perfenazin-nivået), og NB! hemmer sannsynligvis metabolismen av Clozapine (høyere Clozapine-nivå). Nyere SSRIs ("Sertralin", "Cipramil") synes å ha færre interaksjoner med antipsykotiske medisiner, men det er liten klinisk erfaring med disse medisinene ved schizofreni.

Vrangforestillingspsykose med begrenset effekt av antipsykotiske medisiner

Noen pasienter med vrangforestillingslidelse har god effekt av antidepressiva (alene).

Aggressivitet, eller periodiske affektive symptomer:

Vurder å bruke litium, carbamazepin eller valproat.

Håndtering av ekstrapyramidale bivirkninger

Generelt: Vurdere å redusere dosering

Akutt dystoni bør behandles med antikolinerge antiparkinsonmidler, vanligvis som injeksjon. Etterpå fortsetter pasienten med anti-parkinson midler per os.

Sekundære (medikamentfremkalte) parkinsonistiske symptomer: Vurder å bruke antikolinerge antiparkinson midler for sekundære parkinsonistiske symptomer i de tilfeller hvor doseringsreduksjon ikke er tilrådelig.

Akathasi: Antikolinerge antiparkinson midler har en svært begrenset effekt på akathasi. Vurder å prøve propranolol i tilfeller med vedvarende problematisk akathasi hvor doseringsreduksjon ikke er mulig.

Behandling av tardiv dyskinesi

Tardive dyskinesier kan gå tilbake ved dosereduksjon eller seponering. Når dette er klinisk risikabelt, vurder om pasienten bør fortsette med en min. effektive nevroleptika dose eller vurder å bytte til Clozapine.

TIPS II - Familiearbeidsprotokoll

Familiearbeidet er basert på omfattende studier og langvarig internasjonal erfaring om hva som kan være god hjelp til familien. Få studier av familieintervensjon ved schizofreni har inkludert familiene til bare første-episode pasienter, de fleste tidligere undersøkelser har vært av pasienter som allerede har hatt et langvarig sykdomsforløp. I dette prosjektet må vi anta at forløpet til pasientene vil være svært forskjellig, mange vil ha svært god prognose og andre en mer dårlig. Det er god grunn til å formidle en optimistisk holdning til både familie, pasienter og klinikere på dette stadium.

Familie defineres i denne undersøkelsen som foreldre, stabile og nære steforeldre, ektefelle, fast og nær samboer, barn over 18 år og søsken over 18 år. Er noen av disse under 18 år, må de vurderes individuelt, og kan inviteres til enkelte møter.

Elementer i familiearbeidsprotokollen

Familiearbeidet har tre hovedelementer

1. Enfamiliegrupper (EFG)
2. Flerfamiliegrupper (FFG)
3. Workshop for familiene

Det foreligger en mer detaljert rettleiding om innholdet i de tre første enfamilie gruppemøtene, de tre første flerfamiliegruppemøtene og innholdet i familie workshop.