

Snemmgreining geðklofa

Geðklofi er alvarlegur langvinnur geðsjúkdómur sem yfirleitt byrjar seint á unglingsárum eða snemma á fullorðinsárum og veldur í flestum tilfellum ævilangri fötlun. Meiri bjartsýni hefur ríkt á síðustu árum varðandi meðferð og horfur geðklofa, meðal annars vegna tilkomu nýrra geðrofslyfja, meiri vitneskju um líffræðilegan grunn hans og vaxandi áhuga á snemmgreiningu sjúkdómsins, en um það síðastnefnda verður fjallað í þessari grein.

Um geðklofa

Samkvæmt Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni er geðklofi og aðrir geðrofssjúkdómar í þriðja sæti þeirra sjúkdóma sem valda mestri fötlun í heiminum, og hafa þeir í för með sér gífurlegar þjáningar og kostnað¹. Árlega greinast á bilinu 10-40 einstaklingar á hverja 100.000 íbúa með geðklofa². Geðklofi einkennist af geðrofi, neikvæðum einkennum, vitrænni skerðingu, truflun á geðslagi og færnesskerðingu á mörgum sviðum, m.a. á félagslegri getu. Með geðrofi er átt við ranghugmyndir, ofskynjanir og hugsanatrufnanir. Dæmigerð neikvæð einkenni eru áhugaleysi, framtaksleysi, minni geðbrigði og tilfinningaleg flatneskja. Aðal meðferðin í dag við geðklofa eru geðrofslyf. Aðrar meðferðir eru hins vegar nauðsynlegar samhliða eins og stuðningsmeðferð, fræðsla, þjálfun í félagsfærni, iðjuþjálfun og aðstoð og fræðsla fyrir aðstandendur. Hugræn atferlismeðferð hefur verið að ryðja sér til rúms undanfarin ár sem meðferð við ýmsum vandamálum tengdum geðklofa. Lykilorðið í meðferð einstaklinga með geðklofa er sveigjanleiki og sérsníða þarf meðferðina að sjúklingnum. Erfitt er að spá fyrir um horfur einstakra sjúklinga en almennt má segja að 75% þeirra sem veikjast muni eiga við langvinnan sjúkdóm að stríða og



mismikla fötlun af hans völdum. Sjúkdómurinn versnar smám saman fyrstu 5-10 árin en nær síðan jafnvægi²

Snemmgreining

Tilgangurinn með snemmgreiningu (early intervention) er að greina og hefja meðferð sem allra fyrst á geðrofseinkennum til að draga úr framgangi sjúkdómsins. Mikilvægt er að muna að fyrsta geðrof er ekki endilega upphaf geðklofa þar sem aðrir geðsjúkdómar geta hafist á sama hátt. Snemmgreining snertir því einnig aðra sjúkdóma en geðklofa. Með snemmgreiningu er annars vegar átt við að sjúkdómurinn sé greindur sem fyrst svo einstaklingurinn sé ómeðhöndlaður í sem stystan tíma og hins vegar að honum sé hjálpað á forstigi sjúkdómsins.

Ómeðhöndlað geðrof

Rannsóknir á einstaklingum sem veikjast í fyrsta skipti með geðklofa sýna að tíminn frá því að geðrofseinkenni koma fram þar til virk geðrofslyfjameðferð er hafin er oft langur, að meðaltali 1-2 ár eða jafnvel lengur³⁻⁴. Því lengur sem einstaklingur er í geðrofsástandi án þess að fá lyfjameðferð þeim mun verri eru sjúkdómshorfur hans. Minni líkur eru á sjúkdómshléi, færnesskerðingin verður meiri og sjúkdómseinkennin verri⁵⁻⁷. Því hefur verið reynt að stytta tímabil ómeðhöndlaðs geðrofs og skoða áhrif þess á sjúkdómsganginn. Hefur það m.a. verið gert í stórrí rannsókn í Rogaland og Ósló í Noregi og Hróarskeldu í Danmörku, TIPS-rannsókninni (tidlig intervension ved psykose studien)⁸⁻⁹. Þátttakendur í rannsókninni voru einstaklingar sem fengu geðrof í fyrsta skipti. Í Rogaland í Noregi var allt gert til þess að ná sem fyrst til þeirra sem voru að fá fyrstu geðrofseinkennin. Hrundið var



af stað fræðsluherferð fyrir almenning um einkenni og meðferð geðrofs og einnig hófst fræðsla fyrir heimilislækna, skólasálfræðinga, hjúkrunarfræðinga, félagsráðgjafa og kennara. Skipulögð voru hreyfanleg teymi heilbrigðisstarfsfólks, sem hittu sjúklinga utan sjúkrahúss. Sjúklingahóparnir frá Ósló og Hróarskeldu voru síðan notaðir til samanburðar. Í Rogaland tókst að stytta tímabil ómeðhöndlaðs geðrofs. Þar var það að meðaltali 5 vikur, en 16 vikur í Ósló og Hróarskeldu⁸. Ári eftir greiningu og upphaf meðferðar var enginn munur á sjúkdómsgangi sjúklingahópsins frá Rogaland og samanburðarhópnum¹⁰, nema á tveimur sviðum. Sjálfsvígstíðnin var marktækt lægri í Rogaland¹¹, en vitað er að hin háa tíðni sjálfsvíga meðal sjúklinga með geðklofa er hæst í byrjun sjúkdómsins¹². Neikvæðu einkennin voru einnig vægari í Rogalandshópnum¹⁰. Niðurstöðurnar gáfu því ákveðna vísbendingu um að með því að stytta tímabil ómeðhöndlaðs geðrofs mætti breyta sjúkdómsganginum til hins betra, en ekki var eins mikill munur milli svæðanna eins og búist var við. Dönsk rannsókn, OPUS rannsóknin, hefur sýnt fram á að sérstök meðferðarúrræði fyrir einstaklinga sem eru nýgreindir með geðklofa bæti meðferðarárangur og meðferðarheldni. Í OPUS rannsókninni var lögð áhersla á að meðhöndla sjúklinginn að mestu utan sjúkrahúss með miklum stuðningi. Veitt var félagsfærniþjálfun og aðstandendur tóku þátt í fjölskylduhópmeðferð með áherslu á fræðslu og úrlausn vandamála¹³.

Forstigið

Einstaklingur sem greinist með geðklofa hefur í flestum tilfellum átt við vanlíðan og erfiðleika að stríða í einhvern tíma áður en geðrofseinkenni koma fram. Tímabilið frá því að fyrstu einkenni byrja þar til geðrofseinkennin verða áberandi kallast forstigi (*prodrome*). Þetta tímabil er mislangt, hjá sumum mjög stutt en öðrum nokkur ár. Dæmigerð forstigseinkenni eru skert einbeiting, tilhneiging til dagdrauma, framtaksleysi, áhugaleysi, kvíði, þunglyndi, sjálfsvígshugsanir, svefntruflanir, léleg matarlyst, félagsleg einangrun, tortryggni, skert félagsfærni, skapstyggið, hvatvísi og undarleg hegðun¹⁴. Forstigið byrjar yfirleitt með almennum einkennum eins og kvíða, skapstyggið eða eirðarleysi, síðan fer að bera á óvenjulegum hugmyndum, upplifunum og

að lokum mjög vægum geðrofseinkennum (*subthreshold symptoms*) eins og afbrigðilegri skynjun, tortryggni og tilvísunarhugmyndum. Fyrstu einkennin eru yfirleitt huglæg en smám saman verða þau meira áberandi. Forstigið endar síðan í geðrofsástandi¹⁴. Mikilvægt er að muna að forstigseinkennin eru almenn og geta skýrst af öðru en geðklofa, eins og t.d. þunglyndi, kvíða-sjúkdómi, vímuefnavanda eða jafnvel eðlilegum viðbrögðum unglunga við aðstæðum. Væg geðrofseinkenni þróast oft ekki yfir í geðrofssjúkdóm heldur geta gengið til baka.

Meðferð á forstigi geðklofa flokkast undir forvarnarstarf. Með því að ná til einstaklinga á forstiginu, áður en geðklofi hefur náð að þróast frekar, er vonast til að draga megri úr fötluninni og því umróti sem geðklofi veldur með því að seinka eða jafnvel koma í veg fyrir geðrofsástand. Það er hins vegar ekki svo einfalt, því eins og áður hefur komið fram eru forstigseinkennin almenn, svo almenn að þau ein og sér gefa alls ekki nægilegar vísbendingar um yfirvofandi geðrofsástand. Forstigið er í raun einungis greinanlegt eftir á og því ekki hjálplegt í forvarnarstarfi. Forvörnin snýst því um að finna og hjálpa þeim einstaklingum sem eru í mestri hættu að fá geðrof. Áhættan er metin út frá þáttum eins og fjölskyldusögu, færni- skerðingu og vægum geðrofseinkennum. Viðtöl og mælikvarðar hafa verið hannaðir til hjálpar við áhættumatið. Þjóðverjar, Ástralir og Bandaríkjamenn hafa verið fremstir í rannsóknum á þessu sviði.

Þjóðverjar kalla forstigseinkennin „basis-einkenni“ eða grunneinkenni, og skipta þeim í tvö stig. 1. stigs grunneinkenni eru almenn eins og kvíði og þunglyndi, og koma fram í upphafi forstigsins. 2. stigs grunneinkennin sem koma síðar líkjast neikvæðum einkennum en einnig er þar að finna mjög væg geðrofseinkenni¹⁵. Af sjúklingahópi þar sem allir höfðu a.m.k. tvö grunneinkenni og var fylgt eftir í tæp 10 ár fengu 70% á þeim tíma geðklofa¹⁶. Í Melbourne í Ástralíu hefur verið þróuð sérhæfð meðferðarstöð, PACE-stöðin (personal assessment and crisis evaluation service) fyrir ungt fólk í áhættu fyrir geðrof. Þar hafa verið skilgreindir þrjár áhættuhópar (UHR-hópar = ultra high risk). Ef einstaklingur uppfyllir skilyrði a.m.k. eins hóps er hann talinn vera í mikilli hættu á að fá geðrof. Viðmiðun fyrir hóp 1 er að hafa fengið mjög væg geðrofseinkenni á

liðnu ári. Hópur 2 einkennist af geðrofsástandi sem er styttra en vika og gengur til baka af sjálfu sér. Í þriðja hópnum eru einstaklingar þar sem nákominn ættingi er með geðrofssjúkdóm (foreldrar, systkyni), viðkomandi hefur schizotypal persónuleikaröskun eða er með marktæka færniskerðingu. Rannsóknir á þessum hópi einstaklinga hafa sýnt að þegar þeim er fylgt eftir í 6-12 mánuði hafa um 40% farið í geðrofsástand¹⁷⁻¹⁸. Bandaríkjamenn hafa þróað sitt eigið viðtal til að greina áhættuþætti fyrir geðrofi, sem þeir kalla SIPS (structured interview for prodromal symptoms), við PRIME stöðina (prevention through risk identification, management and education) við geðdeild Yale háskóla. Svipaðar rannsóknir fara fram í fleiri löndum.

Meðhöndlun á forstigeinkennum geðklofa

Í meðferð einstaklinga í áhættu fyrir að fá geðklofa er áhersla lögð á tvö meginatriði. Annars vegar meðferð á einkennum og færniskerðingu sem einstaklingurinn upplifir hér og nú og hins vegar að fyrirbyggja geðrofssjúkdóm. Gerðar hafa verið rannsóknir á meðferð á forstiginu og benda niðurstöður til að meðferð með geðrofslyfjum geti bæði dregið úr forstigeinkennum og seinkað geðrofinu. Niðurstöður eru þó ekki óyggjandi, og þarf fleiri rannsókna við áður en hægt er að réttlæta lyfjameðferð á forstiginu¹⁹⁻²⁰. Rannsóknir benda einnig til að hugræn atferlismeðferð geti seinkað geðrofi hjá þessum hópi og dregið úr vægum geðrofseinkennum²¹. Snemmgreiningarstöðvar eru nú að verða hluti af geðheilbrigðiskerfinu í mörgum löndum. Dæmi um slíkt er fyrrnefnd PACE-stöð. Hún var sett á laggirnar 1994 til stuðnings og meðferðar fyrir áhættuhópin og einnig til rannsókna. Þar hefur verið reynt að færa þjónustuna nær unga fólkinu, út fyrir hið hefðbundna geðheilbrigðiskerfi og hefur stöðin t.d. nýlega verið staðsett í stórri verslunarmiðstöð. Hreyfanleg teymi starfsfólks geta farið inn á heimili og starfsemi er þannig ekki bundin við stöðina sjálfa. Mikil fræðslu- starfsemi fer fram á stöðinni fyrir heilsugæsluna, félagsþjónustuna og skóla svo eitthvað sé nefnt. Áhersla er lögð á að forvarnarstarfið valdi ekki einstaklingunum skaða, til dæmis er reynt að miðla upplýsingum um geðrofshættuna þannig að það valdi sem minnstum kvíða og hræðslu.

Einnig er lögð áhersla á mikilvægi þess að greina og meðhöndla geðrofseinkennin strax því það bæti horfurnar. Meðferðin er margþætt en ætíð er byrjað á því að meta hvort einstaklingur sé í áhættuhópi (UHR-hóp). Veitt er fræðsla, fjölskyldumeðferð og samtalsmeðferð; bæði stuðningsmeðferð og hugræn atferlismeðferð. Geðrofslyfin eru aðeins notuð ef viðkomandi er með geðrofseinkenni. Þunglyndislyf og kvíðalyf eru notuð ef þörf krefur. Önnur samhliða vandamál eru meðhöndluð eins fíkniefnamisnotkun²².

Ýmsar siðferðilegar spurningar vakna þegar meðhöndla á fólk á forstigi geðklofa. Aðferðirnar sem notaðar eru í dag til að meta einkenni á forstigi eru ekki nógu nákvæmar og þess vegna er ætíð stór hluti hópsins sem ekki mun þróa með sér geðrofssjúkdóm. Sá hópur gæti því upplifað óþarfa kvíða og áhyggjur við það að fá vitneskju um að hann sé í hættu á að fá geðrofssjúkdóm, orðið fyrir fordómum og einnig tekið lyf að óþörfu ásamt því að vera í óþarfa eftirliti.²³

Á móti kemur að færð hafa verið ýmis rök fyrir því að veita þessum hópi sérstaka þjónustu sem miðuð er við þarfir hans. Hugsanlega væri hægt að seinka geðrofinu, draga úr alvarleika þess eða jafnvel koma í veg fyrir það. Mjög mikilvægt er að gera allt sem hægt er til að seinka sjúkdómnum því vitað er að hann hefur mun alvarlegri afleiðingar fyrir unglíng sem veikist en eldri einstakling sem hefur meiri þroska og reynslu í lífinu. Einnig er hægt að veita meðferð við öðrum vanda svo sem fíkniefnamisnotkun, þunglyndi og kvíða sem þessi hópur á gjarnan við að stríða. Auðveldara er að skapa traust og meðferðarsamband á þessu stigi heldur en þegar einstaklingur er farinn að upplifa geðrof, því þá er oft ríkjandi mikil tortryggni í garð annarra. Ef einstaklingur fer í geðrofsástand er fljótt hægt að grípa inni og veita meðferð og þar með stytta tíma ómeðhöndlaðs geðrofs.

Geðrofsteymi geðdeildar Landspítalans

Geðrofsteymið var stofnað haustið 2004. Þetta er göngudeildarteymi sem hefur einbeitt sér að greiningu og meðhöndlun sjúklinga með möguleg forstigeinkenni eða sem eru að fá geðrofseinkenni í fyrsta sinn. Í teyminu starfa, Nanna Briem geðlæknir, Lára Björgvinsdóttir geðlæknir, Þórey Edda Heiðarsdóttir sálfræðingur og Guðmundur Sævar Sævarsson hjúkrunarfræðingur.



Starfsemi teymisins er í stöðugri mótun, enn sem komið er, er einungis um meðferð innan göngudeildar geðdeildar LSH að ræða. Markmið teymisins er að auka þjónustuna við þennan hóp einstaklinga sem eru að þróa með sér geðrofs-sjúkdóm. Á næstu árum er stefnt að því að tryggja sem besta greiningu og viðeigandi meðferð, ásamt góðri eftirfylgni og endurhæfingu. Auka á fræðslu og stuðning við aðstandendur auk þess að bjóða fræðslu fyrir heilsugæslu, skóla og félagsþjónustu.

Heimildaskrá:

1. World health report 2001 (World Health Organization, 2002).
2. Nasrallah H A.Smeltzer D J. Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia. Newton Pennsylvania:Handbooks in healthcare Co. 2002
3. Loebel AS, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH , Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry 1992; 149:1183-1188
4. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? Biol Psychiatry 1999; 46:899-907
5. Clarke M, Whitty P, Browne S, McTrigue O, Kamali MY, Gervin M et al. Untreated illness and outcome of psychosis. B J Psychiatry 2006; 189:235-240
6. Perkins DO, Hongbin G, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration and untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2005;162:1785-1804
7. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:975-983
8. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S et. al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis. Effects on clinical presentation. Arch Gen Psychiatry 2004;61:143-150
9. Larsen TK. Tidlig paavisning av schizofreni – er primærprofylakse mulig?. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:2015-2018.
10. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. Schizophr Bull 2006;
11. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. Am J Psychiatry 2006; 162:800-804.
12. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 247-253.
13. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Öhlenschläger J, Christensen TØ et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005; 331: 602-608
14. Yung A, Phillips L, McGorry PD. Treating schizophrenia in the prodromal phase. Taylor & Francis 2004.
15. Gross G. The „basic“ symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1989; 155 (suppl 7) 21-25.
16. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 158-164.
17. Yung RA, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M et al. Psychosis prediction: 12 months follow up of a high-risk (prodromal) group. Schizophr Res 2003; 60: 21-32
18. Yung RA, Stanford C, Cosgrave E, Killackey E, Phillips L, Nelson B et al. Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. Schizophr Res 2006; 84: 57-66.
19. McGorry P.D. Randomized controlled Trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms; Arch. Gen. Psychiatry; 2002; 59: 921-928
20. McGlashan T.H. et al. Randomized, double blind trial of Olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis Am J Psychiatry 2006; 163:790-799
21. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Br. J of Psychiatry 2004; 185: 291-297
22. Yung A, Phillips L, McGorry P D. Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase: London and New York, Taylor and Francis 2004:35-67
23. Heinimaa Markus, Larsen T.K; Psychosis; conceptual and ethical aspects of early diagnosis and intervention. Current opinion in psychiatry 2002;15(sept):533-541

Nanna Briem *geðlæknir, endurhæfingardeild, geðsviðs LSH.*

Lára Björgvinsdóttir *geðlæknir, endurhæfingardeild, geðsviðs LSH.*

