

## ABC om

## Akut psykos

**CHRISTOFFER RAHM**, doktore, ST-läkare, Psykiatri Syd-väst, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge  
christoffer.rahm@sll.se

**LENA FLYCKT**, docent, överläkare, Centrum för psykiatrforskning, Norra Stockholms psykiatri

Psykos, nedsatt realitetsprövning, är inte helt ovanligt. Nationella kartläggningar från Storbritannien och Finland visar att uppemot 4–5 procent upplever något psykotiskt symtom över en 18-månadersperiod [1] och att 3–4 procent insjuknar i ett psykotiskt syndrom under sin livstid [2]. De klassiska psykotiska symtomen – hallucinationer och vanföreställningar – förekommer vid en rad olika tillstånd. Det gör differentialdiagnostik och val av behandling komplicerat.

Här ska vi gå igenom handläggningens ABC vid akut psykos, med fokus på diagnostik, utredning och behandling.

**DIAGNOSTIK****Att konstatera psykos**

Det är helt och hållet en klinisk bedömning att psykos föreligger. I brist på biologiska markörer kan skattningsskalor användas för att objektivt komplettera den psykiatriska undersökningen; t ex ingår ett stycke om psykotiska symtom i MINI plus (Mini internationell neuropsykiatrisk intervju) version 6.0 [3].

**Differentialdiagnostik**

En basal differentialdiagnostisk utredning innebär att skilja psykotiska syndrom från tillstånd med förändrad verklighetsuppfattning som kräver andra behandlingar. I första hand bör konfusion, drogmissbruk och dissociativa tillstånd uteslutas. En konfusion kan te sig psykotisk men präglas i huvudsak av desorientering. Tillstånd sekundära till missbruk eller somatisk sjukdom kan ge psykotiska symtom, men med särskild prägel; exempelvis bör synhallucinationer leda tankarna hit. Dissociativa tillstånd kan också innebära bristande realitetsprövning, men karakteriseras av bristande närvarokänsla, påverkat medvetande och splittrad uppmärksamhet.

Därför är det en god tanke att vid utebliven behandlingseffekt ompröva diagnosen och gärna komplettera med en utvidgad somatisk och neurologisk utredning.

**Tillstånd med psykos**

De flesta psykotiska syndrom, inte bara schizofreni, har en upptaktsfas med tilltagande symtomatologi och funktions-sänkning. »prodromalfas« [4, 5]. Symtomatologin tenderar att vara mångfasetterad och ospecifik inledningsvis men klarna efter hand [6]. Först när information om fullständigt psykiskt status kombineras med anamnes om förlopp, resultat från somatisk utredning och gärna fortsatta observationer över tid, är det möjligt att skilja det ena syndromet från det andra.

En isolerad vanföreställning eller hallucination kan vara det enda symtom patienten uppvisar. De diagnoser man i så fall överväger är kort, övergående psykos (duration <1 månad), vanföreställningssyndrom (om det är enbart vanföreställningar) och psykos UNS (inkluderande tillstånd med enbart hallucinos).

**Schizofrena, schizoaffectiva och bipolära psykos**

De flesta svåra akuta psykos med uttalad symtomatologi och samtidig funktionsnedsättning utgörs av de schizofrena, schizoaffectiva och bipolära syndromen. Flera forskningslin-



Illustration: Paul Brown/Science Photo Library/IBL

»Plötsligt växer ett skri som spräcker alla dova ljud därinne. --- Jag minns att jag tänkte: 'jag håller på att bli galen!' Sedan ... 'dom kommer att köra mig till ett mentalsjukhus!' Jag var skräckslagen ... Det kunde inte vara jag, kunde inte vara mig det hände. Jag som alltid har varit en 'vanlig människa'.« (Ur en 22-årig kvinnas dagbok när hon genomlevde en akut psykos.)

**■ ATT HA PSYKOS**

Associerat med akut psykos finns ofta kris och massiv psykologisk stress. Man har inte överblick över situationen, det känns kaotiskt. Ofta finns en

stark rädsla för vad som ska hända. Skepsisen och rädslan för psykiatrin kan vara påtaglig.

**■ TERMINOLOGI**

*Hallucination:* Närvaro av ett sinnesintryck trots avsaknad av yttre stimuli. Vanligast är att höra röster.

*Vanföreställning:* En uppfattning om omvärlden som är uppenbart felaktig men som man vidhåller och hanterar på ett avvikande sätt. Vanligast är

att man upplever sig förföljd eller att personer i ens omgivning vill en illa. Med avseende på innehållet klassificeras vanföreställningen som bisarr eller icke-bisarr och som stämningkongruent eller -inkongruent [29].

**»Det är helt och hållet en klinisk bedömning att psykos föreligger. I brist på biologiska markörer används skattningsskalor ...«**

**■ MEDICINENS ABC**

**Medicinens ABC** är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt. Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

**Ta kontakt med** Läkartidningens medicinska redaktionschef för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

## KLINIK & VETENSKAP MEDICINENS ABC

jer talar för att syndromen tillhör samma kontinuum och kan vara svåra att skilja åt kliniskt [7, 8]. Vissa symtom tenderar att oftare förekomma vid det ena eller andra tillståndet, men återigen är det förloppet som är avgörande.

Schizofreni är den vanligaste enskilda diagnosen bland psykosjukdomar; drygt hälften av dem som omhändertas på grund av psykos får diagnosen schizofreni trots att det egentligen är ett ganska ovanligt tillstånd; livstidsrisken att insjukna är 0,7 procent [9, 10].

### Andra psykos

Andra kliniskt viktiga tillstånd som kan vara förenade med psykotiska symtom är personlighetsstörning, autism och post partum-psykos.

**Personlighetsstörning.** Generellt sett har patienter med personlighetsstörning högre risk än andra att uppleva psykotiska symtom. Särskilt hög risk har de med samtidigt posttraumatiskt stressyndrom [11]. I beteendemönstret vid schizotypal personlighetsstörning finns mycket av det som associeras med schizofreni; inåtvändhet, inadekvata tolkningar av omvärlden, tendens till bisarrt språk och påverkat socialt interaktionsmönster (apati och undandragenhet). Det är dock sällan dessa patienter får akuta psykotiska tillstånd, men tillståndet kan vara förvillande likt prodromalstadiet till schizofreni.

**Autism.** Det autistiska syndromet delar vissa symtom med schizofrenin, i synnerhet schizofrenins negativa och kognitiva symtom. Aspergers syndrom kan ligga den schizoida personlighetsstörningen nära. Ytterligare komplicerande är att autism och Aspergers syndrom kan vara förenade med psykotiska symtom och även utgöra samsjuklighet till psykotiska syndrom [12]. Detta gör diagnostiken snårig, och ofta behövs både neuropsykologisk utredning och observation över lång tid för att komma fram till en tillfredsställande diagnostik.

**Post partum-psykos.** Vid post partum-psykos insjuknar en nyförlöst kvinna med psykotiska symtom i anslutning till förlossningen, vanligen inom ett par veckor efteråt. Incidensen är ca 1 per 2000 förlossningar [13]. Symtombilden kan skifta, alltifrån lindriga symtom med mycket ångest, sömnsvårigheter och kanske nedstämdhet, till mer stormiga förlopp med stort beteende och psykosymtom. Post partum-psykos innebär förhöjd risk för senare insjuknande i bipolärt syndrom.

### UTREDNING

Svenska psykiatriska föreningen har föreslagit ett utredningspaket för schizofreni [14]. Det kan med fördel användas även för utredning av akut psykos. Som syfte med utredningen bör man inte ha enbart differentialdiagnostik, utan även riskbedömning (risk för självskada, suicid eller våld) och undersökning av funktionsnivå samt kartläggning av resurser och hjälpbehov i omgivningen. En utredning ger även underlag för det fortsatta psykologiska omhändertagandet.

### BEHANDLING

Redan från början bör patienten engageras i formulering av behandlingsmål och planering av vårdinsatser. Principen kallas »delat beslutsfattande« och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd [15]. Tanken är att såväl patientens som de närståendes uppfattningar om problem, behov och önskemål ska vägas in i besluten för att förverkliga patientens livsmål. Metoden leder ofta till en bättre behandlingsallians och ökad följsamhet till överenskommen planering.

Behandlingen bör vara baserad på en tydlig, strukturerad och samordnad vårdplan med ansvarsfördelning, tidsplan, mål

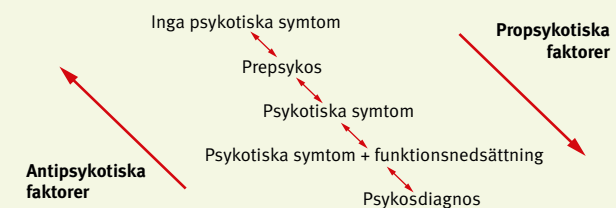
### PSYKOSBEGREPPETS HISTORIA OCH FRAMTID

Termen psykos myntades 1845 av läkaren Ernst von Feuchtersleben [30]. Inledningsvis var den ett samlingsnamn för de svåraste psykiatriska sjukdomarna. Efter hand kom termen att beteckna tillstånd med just störd verklighetsuppfattning [31].

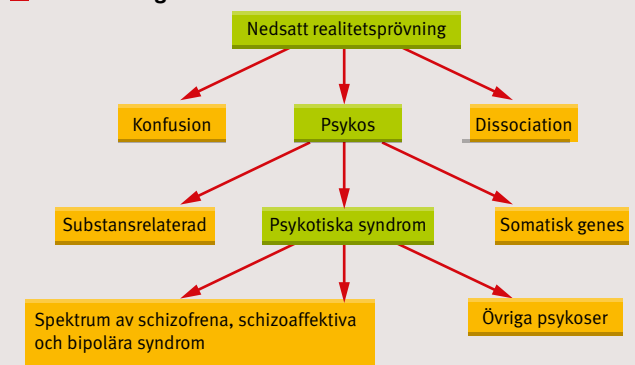
Nuvarande kategoriska perspektiv (att det finns vissa definierade psykotiska syndrom, vars kriterier man antingen uppfyller eller inte) föreslås kompletteras till den nya, femte versionen av den amerikanska psykiatriklas-

sifikationen (DSM-5) med ett dimensionellt perspektiv (att psykos finns i ett spektrum av symtom från endast antydde till fullt utblommade, funktionsnedsättande symtom) [32].

Figuren nedan illustrerar ett sådant kombinerat synsätt – hur propykosiska faktorer såsom sömnlöshet eller missbruk kan leda till psykos, medan antipsykosiska faktorer, såsom läkemedel eller psykoterapi, kan motverka detta (efter Dutta et al [33]).



### Differentialdiagnostik



Den basala differentialdiagnostiska utredningen fokuserar på om det verkligen är psykos som föreligger och att den inte har somatisk genes eller är substansbetingad.

### MODELLER FÖR UPPKOMST AV PSYKOS

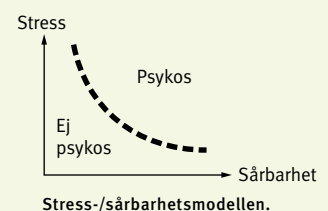
**Stress-/sårbarhetsmodellen:** Är påfrestningen tillräckligt betydande eller angriper den särskilt sårbara punkter? Kan påfrestningen leda till psykos, särskilt hos personer med ökad sårbarhet [34]?

**Neurokemiska modeller:** Oberoende av vilket transmittersystem som är primärt påverkat tycks det vid psykos ha lett till en överaktivitet i det mesolimbiska dopaminsystemet [35].

**Neuroanatomiska modeller:** Hjärnavbildningsstudier visar dystrofi och förändrad metabolism i olika hjärnregioner: respektive sinnesmodalitetens kortex är påverkad vid hallucinos, och superiora temporal-

lobsvindlingarna och hippocampi är drabbade, särskilt vid vanföreställningar.

**Neurokognitiva modeller:** Vid åtminstone schizofreni anses avvikelser i samspelet mellan olika hjärnregioner kunna leda till hallucinationer [36] och avvikelser i uppmärksamhetsförmågan till vanföreställningar [37].



Stress-/sårbarhetsmodellen.

## KLINIK & VETENSKAP MEDICINENS ABC

och delmål. Omhändertagandet bör vara flexibelt och inriktat på att identifiera patienterna i tidigt skede [16, 17]. Den organisatoriska modell som har visat sig vara mest framgångsrik är ett samhällsbaserat multiprofessionellt team, där en kontaktperson samordnar de insatser som patienten behöver [18].

### Läkemedelsbehandling

Även om dopamin  $D_2$ -receptorblockerande antipsykotika har en central roll i den farmakologiska behandlingen av psykos, är det minst lika viktigt i akutskedet att bidra till god nattsöm, ångestlindring och behandling av eventuell samtidig depression. Vad gäller val av antipsykotika är det fortfarande en öppen fråga huruvida de nyare (atypiska) preparaten har bättre antipsykotisk effekt än de äldre (typiska) [19, 20]. Biverkningsprofilen skiljer sig däremot; de nyare har mer av endokrina och metaboliska biverkningar, medan de äldre har mer av motoriska (sk extrapyramidala) biverkningar. Klozapin har en unik antipsykotisk effekt som ter sig bättre än de övriga, men preparatet har å andra sidan också mer omfattande och riskabla biverkningar.

Man kan med fördel avvakta någon vecka med att påbörja behandling med antipsykosläkemedel; detta gäller särskilt vid förstagsinsjuknande då utredningen är viktig. Man får då en bättre bild av patientens psykopatologi, och man riskerar inte att utsätta de patienter vars psykos viker på bara sömn och vila för de ibland ganska obehagliga biverkningar som antipsykotika kan ge. Man får också möjlighet att bygga upp en allians för en mer långsiktig behandling. Men ju mer lidande och funktionsnedsättning psykos innebär och ju högre risken är för våld och självskada, eller om psykos debuterat på ett urakut sätt, desto mer angeläget är det med snar behandling med antipsykosläkemedel.

Det tycks prognostiskt ogynnsamt att avvakta en längre tid med behandling, åtminstone när det gäller schizofreni, där sjukdomens svårighetsgrad tycks avgöras under de första sjukdomsåren. Det motsäger dock inte att man kan avvakta åtminstone någon vecka under utredningsfasen, de flesta patienter med schizofreni har haft psykotiska symtom i ett par år innan de kommer under vård.

Antipsykotika bör ordinerar enligt principerna monoterapi och lägsta behövliga dos. Vanligen kan man börja med halva måldosen i någon vecka för att undvika dosberoende biverkningar och för att främja långsiktig behandlingsfölsamhet. På 1 år är det en betydande andel av patienterna, 40–60 procent, som har slutat ta sitt antipsykotikum [21]. Tillägg av psykopedagogisk familjeintervention har visat sig markant öka fölsamheten och bör därför erbjudas flertalet patienter.

Remission av de psykotiska symtomen inträder 6 månader efter behandlingsstart hos ca 50–75 procent av förstagsinsjuknade [22, 23]. En minskning av psykosymtom innebär dock inte alltid en förbättring av funktion eller livskvalitet. Funktionsnedsättning kvarstår hos upp till 80 procent av patienterna ännu ett halvår efter behandlingsstart [22], och i majoriteten av fall finns även klart nedsatt livskvalitet [24]. Många aspekter av psykos rör läkemedel således inte på; bra psykosocialt omhändertagande och lyhörddhet för hur patienten upplever sin situation är därför angeläget.

### Elektrokonvulsiv terapi

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kan i vissa fall vara indicerad vid akut psykos, särskilt vid psykos som är del av affektiv sjukdom och vid post partum-psykos. Psykosen kan då vika på en enstaka akutserie ECT. Även vid akut kataton schizofreni, där man bör vara återhållsam med antipsykotika, är ECT ett förstahandsalternativ och kan då vara livräddande.

### Psykosociala insatser

Den psykoterapeutiska metod som har bäst stöd vid akut psy-

»Vad gäller val av antipsykotika är det ännu en öppen fråga huruvida de nyare (atypiska) preparaten har bättre antipsykotisk effekt än de äldre (typiska) ...«

### TILLSTÅND DÄR PSYKOS FÖREKOMMER

#### Psykotiska syndrom

- *Schizofrenispektrumet*: Schizofreni, schizoaffektiv sjukdom, schizofreniformt syndrom
- *Övriga*: Vanföreställningsyndrom, kort övergående psykos

#### Andra psykotiska sjukdomar

- *Axel 2 (personlighetsstörningar)*: Kluster A (tex paranoid personlighetsstörning) och kluster B (tex emotionellt instabil personlighetsstörning)
- *Utvecklingsrelaterade*: Autism, utvecklingsstörning
- *Affektiv sjukdom*: Bipolärt syndrom, depression med stämningskongruenta vanföreställningar
- *Ångestsyndrom*: Posttraumatiskt stressyndrom, obsessiv-kompulsiv störning
- *Dissociativa tillstånd*: Amnesi, fugue, identitetsstörning

#### Substansrelaterade tillstånd

- *Missbruksrelaterade*: Akuta intoxikationer, abstinensstillstånd, sena komplikationer

till alkoholmissbruk (Wernicke–Korsakoffs syndrom, alkoholpsykos), upprepat bruk av prodopaminerga droger

- *Iatrogena*: Exempelvis prodopaminerga läkemedel, prednisolon, tyroxin, malariamedel, narkosmedel, antitokologiska, betablockare

#### Somatiska

- *Infektiösa*: CNS-engagemang, hög feber, sepsis
- *Endokrinologiska*: Tyreos, paratyreos, hypoglykemi, binjurebarksstörning
- *Onkologiska*: Expansivitet i CNS
- *Neurologiska*: Epilepsi, demens, andra neurodegenerativa tillstånd, konfusion, cerebrovaskulära incidenter
- *Invärtesmedicinska*: Uremi, leverencefalopati, systemisk lupus erythematosus (SLE), sarkoidos, elektrolytrubbningar, hypoxi, porfyri,  $B_{12}$ -brist
- *Genetiska*: Velokardiofacialt syndrom, fragil X-syndrom

### UTREDNING

**Svenska psykiatriska föreningens utredningsrekommendationer för schizofreni [14] är i allt väsentligt också tillämpliga vid akut psykos.**

*Anamnes och status*: Tidigare psykiatrisk och neurologisk sjuklighet, missbruk, läkemedel och ärftlighet. Undersökning av komplett somatiskt och psykiatriskt status.  
*Somatisk utredning*: Hjärnvbildning. Eventuellt även EEG.

*Laboratorieundersökning*: Blodbild, tyreoidaprov, elektrolytstatus inklusive kalcium och magnesium, blodsocker. Eventuellt även syfilis-, HIV- och borreliaprov. Drogscree-

ning.  
*Funktionsundersökning*: Kartläggning av sociala förhållanden. I lugnare skede görs neuropsykologisk testning.

### VAL AV LÄKEMEDELSPREPARAT

*Peroral behandling*: Vid förstagsinsjuknande, avvakta med antipsykotika under observationstiden, tillse ångestlindring och nattsöm. Internationella riktlinjer förespråkar behandlingsförsök med minst två olika nya antipsykotika innan klozapin övervägs. Behandla även eventuell sam-sjuklighet, tex depression.

*Injektionsbehandling vid agiterad psykos*: Gott evidensstöd finns för kombination av haloperidol och prometazin vid behov av akut injektionsbehandling [38]. Samtidig injektion biperiden är tillämplig som tillägg av profylaktisk biverkningsmedicinering.

kos är kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT tycks ha gynn-samma effekter på både psykosymtomen, patientens inställning till sin sjukdom och graden av subjektivt lidande. Lika viktigt i akutskedet är dock en stödjande attityd, psykopedagogiska familjeinsatser och nära samarbete med anhöriga [25].

Andra mål för behandlingen är att förebygga vräkning, isolering, oförmåga att sköta ekonomi, hem, hygien och somatisk hälsa. Psykiatrin ensam kan inte sköta allt detta. Därför är det nödvändigt att samverka med andra aktörer, speciellt med socialtjänsten, men även med försäkringskassa, arbetsförmedling och primärvård. Gemensamma samordnade vårdplaner mellan psykiatri och socialtjänst är en förutsättning för optimal rehabilitering.

### Riskbedömning

Risken för suicid och våld är förhöjd vid akut psykos; kontinuerlig riskbedömning är därför prioriterad.

Cirka 10 procent av förstagångsinsjuknade i psykos gör ett suicidförsök, och ungefär 1–2 procent fullbordar suicid under första året av psykos [26]. Riskfaktorer för suicid är framför allt tidigare suicidförsök och aktuella suicidtankar. Risken är högre under den första månadens kontakt med sjukvården, i samband med inläggning och under den första tiden efter utskrivning. Risken ökar om det finns missbruk, om funktionsnivån var hög innan psykosen bröt ut, om patienten har starka känslor av hopplöshet och vid samsjuklighet med depression [27].

Analys av psykos som prediktiv riskfaktor för våld eller homicid ger vid handen att akut psykos i sig inte innebär en särskilt förhöjd risk. Däremot löper de psykospatienter som missbrukar alkohol och droger klart ökad risk. Andra riskfaktorer är historia av våldsamhet, ung ålder, manligt kön och socialt utsatt miljö [28]. Bidragande är också psykopatiska drag och dålig följsamhet till behandling.

### Tvångsvård

Alla patienter med akut psykos behöver inte vårdas med tvång. I de lindrigare fallen går det ofta att hitta lösningar som bygger på frivillig vård, ibland också vid mer uttalad psykos.

Trots att psykos alltid är allvarlig i juridisk mening, är den det inte i medicinsk mening. Det finns därför utrymme för klinikern att värdera om vårdintygets första kriterium är uppfyllt: förekomst av »allvarlig psykisk störning«. Andra kriteriet, »oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnet runt-vård«, kan sägas vara uppfyllt om det samtidigt finns risk för självskada eller våld mot annan. Vill patienten inte läggas in kan ibland akutfasbehandlingen ske med patienten i hemmet och med tät kontakt med öppenvård eller mobilt akutteam. Man bör dock ha bedömt risken för våld och suicid som låg, närstående bör vara delaktiga, och patientens följsamhet till behandling bör vara god. Under sådana förutsättningar kan den långsiktiga vinsten vara bättre behandlingsallians och mer engagerade närstående.

Tredje kriteriet, att »patienten vägrar erbjuden vård«, kan vara uppfyllt om patienten uttryckligen vägrar eller om det finns anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke i de fall patienten helt saknar sjukdomsinsikt.

Om patienten har minderåriga barn hemma, är det viktigt att ta aktiv ställning och sätta in någon åtgärd. Man ska anmäla till socialtjänsten eventuella misstankar om att barn far illa. I samarbete med socialtjänsten kan man stödja patienten i hennes/hans föräldraroll, engagera nätverk och arbeta förebyggande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## KONSENSUS

### De flesta är ense om att

- psykotiska symtom kan vara av olika karaktär och olika omfattande samt ingå i flera diagnostiska entiteter
- behandlingen av akut psykos består av en kombination av farmakologiska och psykosociala insatser
- kontinuerlig riskbedömning är nödvändig.

### Åsikterna går isär vad gäller

- vilka de patofysiologiska mekanismerna är
- vilka antipsykotiska preparat som bör vara första- och andrahandsval
- hur effektiva olika psykoterapeutiska interventioner är.

### REFERENSER

1. Wiles NJ, Zammit S, Bebbington P, et al. Self-reported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 2006;188:519-26.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):19-28.
3. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
4. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, et al. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(11):1053-8.
5. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. *Schizophrenia Research*. 2003;61(1):7-18.
6. McGorry PD, Mihalopoulos C, Henry L, et al. Spurious precision: procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1995;152(2):220-3.
7. Murray RM, Sham P, Van Os J, et al. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*. 2004;71(2-3):405-16.
8. Werry JS, McClellan JM, Chard L. Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30(3):457-65.
9. McGrath J, Saha S, Chant D, et al. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:67-76.
10. Rahm C, Cullberg J. Diagnostic stability over 3 years in a total group of first-episode psychosis patients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007;61(3):189-93.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):929-35.
12. Stahlberg O, Soderstrom H, Rastam M, et al. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm*. 2004;111(7):891-902.
13. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1987;150:662-73.
14. Svenska psykiatriska föreningen. Schizofreni, kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia Förlag; 2009.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktande tillstånd 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
16. Yung AR, Organ BA, Harris MG. Management of early psychosis in a generic adult mental health service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(4):429-36.
17. Cullberg J, Mattsson M, Levander S, et al. Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish »Parachute Project« and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;114(4):274-81.
18. Marshall M, Gray A, Lockwood A. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1998.
19. Msghina M, Lindefors N. Antipsykotiska läkemedel väljs bäst efter biverkningsprofil. *Läkartidningen*. 2009;106(44):2841-2, 4-6.
20. Schizofreni: Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. Stockholm: SBU; 2012.
21. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(4):286-90.
22. Tohen M, Strakowski SM, Zarate C, Jr, et al. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and non-affective psychosis. *Biological Psychiatry*.

## KLINIK & VETENSKAP MEDICINENS ABC

- atry. 2000;48(6):467-76.
23. Addington J, Leriger E, Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de psychiatrie*. 2003;48(3):204-7.
  24. Addington J, Young J, Addington D. Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*. 2003;33(6):1119-24.
  25. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, et al. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry*. 2005;162(12):2220-32.
  26. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al. Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry Supplement*. 2007;51:140-6.
  27. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011;129(1):1-11.
  28. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(2):152-61.
  29. Campbell R. *Psychiatric Dictionary*. New York: Oxford University Press Inc; 2009.
  30. Feuchtersleben E. *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Wien: Gerold; 1845.
  31. Beer MD. Psychosis: a history of the concept. *Comprehensive Psychiatry*. 1996;37(4):273-91.
  32. Allardyce J, Gaebel W, Zielasek J, et al. Deconstructing Psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophr Bull*. 2007;33(4):863-7.
  33. Tamminga CA SP, Regier DR, et al J. Deconstructing psychosis: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association; 2010.
  34. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;86(2):103-26.
  35. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35(3):549-62.
  36. Stephan KE, Friston KJ, Frith CD. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35(3):509-27.
  37. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):13-23.
  38. Huf G, Alexander J, Allen MH, et al. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD005146.