

Barndomstraumer og psykoselidelser

- Implikasjoner for kognitiv fungering

Nina Mørkved

Psykologspesialist/Ph.D. stipendiat

- Hva menes med barndomstraumer (CT)?
 - Forekomst, sammenheng med psykiske lidelser
- CT og psykoselidelser – hva vet vi?
- CT ved psykoselidelser sammenliknet med andre lidelser
- Kan CT forklare variasjon i kognitiv fungering hos psykosepasientene?
- Veien videre
-

Tidlig traumatisering

- Heretter: barndomstraumer (CT)
- Mye forskning de siste tiårene – i hvilken grad kan overgrep/mishandling bidra til psykologiske lidelser hos voksne?
- Knyttet til et bredt utvalg psykiske lidelser hos voksne
- Ulike definisjoner vanskeliggjør sammenlikninger
- Ulike undertyper: seksuelle overgrep, fysiske overgrep, omsorgssvikt/forsømmelse, følelsemessig misbruk, mobbing

Definisjoner

- WHO:
 - *“all forms of physical and emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect, and exploitation that results in actual or potential harm to the child’s health, development or dignity”*
- Bernstein et al. 2003 – Childhood Trauma Questionnaire Short-Form
 - Seksuelt misbruk
 - Fysisk misbruk
 - Emosjonelt misbruk
 - Fysisk neglekt
 - Emosjonell neglekt

CT og psykoselidelser

- Schizofreni – alvorlig lidelse kjennetegnet av fundamentale forstyrrelser i tenkning, persepsjon og emosjoner
- Forsket på i over 100 år – fortsatt ikke i mål
- Stor byrde og kostnad for samfunnet til tross for en relativt lavfrekvent lidelse
- Redusert forventet levetid på +/- 10-20 år grunnet blant annet suicidalitet og hjerte/karlidelser
- Prevalens på verdensbasis: 0.5% - 1.6% (av 100 mennesker vil rundt 1 person oppleve en psykotisk episode ila livet)
- Hallusinasjoner/vrangforestillinger: 10-15 %
- 33 % hadde et langvarig (kronisk) sykdomsforløp i WHO-undersøkelse (verre i industrialiserte land)

CT og psykoselidelser

- CTQ-SF i våre studier: *fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk, og emosjonelt og fysisk omsorgssvikt/neglekt*
- Barndomstraumer er en risikofaktor for utvikling av psykoselidelser i voksen alder – økt fokus de siste tiårene
- Vi vet mindre (men stadig mer) om mekanismene til grunn for denne assosiasjonen
- Ofte høy grad av komorbiditet; PTSD, rus, depresjon, angst, suicidalitet
- Det er uklart i hvilken grad CT er spesifikt for psykoselidelser, da det er hyppig forekommende også ved andre psykiske lidelser

CT + psykose =

1. Dårligere utfall
2. Risiko for suicid
3. Mer alvorlige positive symptomer (auditive verbale hallus/vrangforest)
4. Ofte samtidig forekomst av ulike former for CT
5. Dose – respons
6. Konvertering fra UHR (tidl. Prodromal) til psykose

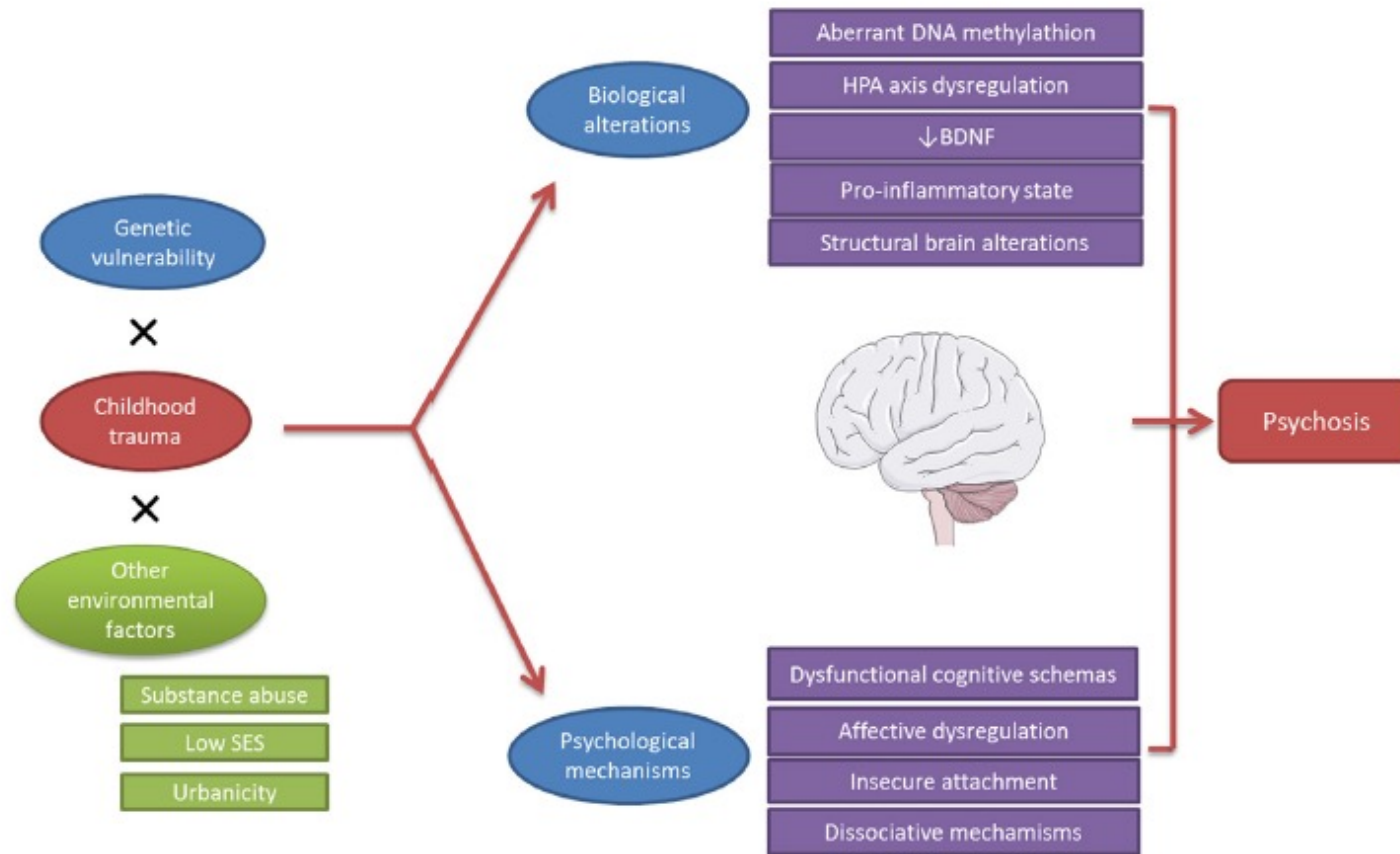
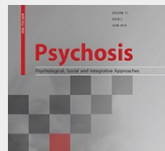


Fig. 1. A simplified overview of trajectories leading from childhood trauma to psychosis. Childhood adversities may interact with genetic vulnerability to psychosis and other environmental factors including i.e. substance abuse, low socioeconomic status (SES) or high urbanicity. It may lead to psychosis via distinct biological alterations, including aberrant DNA methylation, hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis dysregulation, decreased levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) or subclinical pro-inflammatory that are observed in parallel to structural brain changes, especially in the hippocampus and amygdala. Childhood adversities might also increase a risk of psychosis through several psychological mechanisms, such as dysfunctional cognitive schemas, affective dysregulation, insecure attachment and dissociation.



Bergen
Psychosis
Research
Group



Journal

Psychosis >

Psychological, Social and Integrative Approaches

Volume 9, 2017 - Issue 1

Enter keywords, authors, DOI etc.

675

Views

8

CrossRef citations
to date

4

Altmetric

Articles

Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorder as compared to other mental health disorders

N. Mørkved , M. Endsjø, D. Winje, E. Johnsen, A. Dovran, K. Arefjord, ...show all

Pages 48-56 | Received 02 Feb 2016, Accepted 09 Jun 2016, Published online: 29 Jul 2016

“ Download citation  <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1201135>

 Check for updates

 Full Article  Figures & data  References  Citations  Metrics  Reprints & Permissions

Get access

Bakgrunn

- Barndomstraumer hyppig ved psykose
- Også funnet ved prospektive studier
- Trolig dose – respons effekt
- Traumer kan påvirke stress-sensitivitet, hjernefunksjoner, psykologiske mestringsmekanismer og gi epigenetiske endringer
- Flere barndomstraumer også sett ved andre lidelser, så:

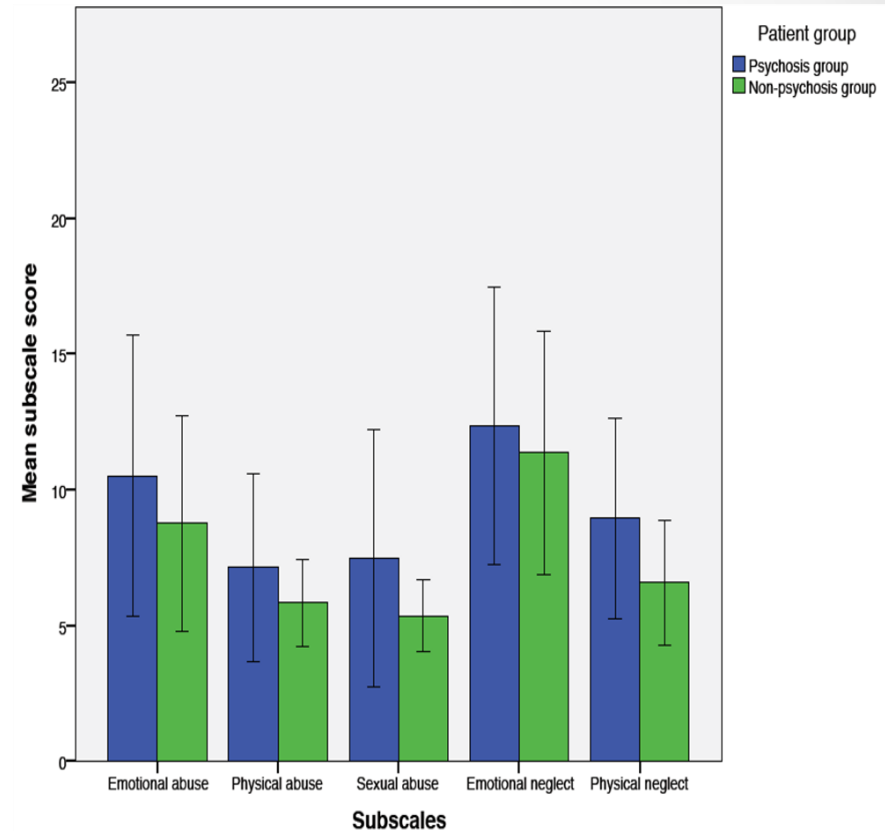
Vi vet ikke om traume – psykose sammenhengen er spesifikk

Problemstilling

- Forskning på psykosepasienter VS friske kontroller – 3x høyere sjanse for CT-historikk
- Er det mer CT hos psykosepasientene sammenliknet med *andre psykiske lidelser (angst/depresjon)*?
- Sammenliknet frekvens/alvorlighetsgrad av overordnet CT og fem subtyper CT
- 52 pasienter med psykoselidelser og 52 pasienter med andre psykiske lidelser

Resultater

- Psykosegruppen hadde signifikant mer CT enn sammenlikningsgruppen (forskjellen var ikke tilfeldig)
- Psykosegruppen: **67.3 %** hadde ett eller flere CT av moderat-alvorlig grad, sammenliknet med **38.5%** i sammenlikningsgruppen
- Psykosegruppen: **9.6 %** hadde fire eller flere CT av moderat-alvorlig grad, sammenliknet med **0 %** i sammenlikningsgruppen
- Psykosegruppen rapporterte mer (moderate-
alvorlige) av tre subtyper: fysisk misbruk, seksuelt misbruk og fysisk neglekt
- Emosjonelt misbruk og emosjonell neglekt var ikke mer frekvent i psykosegruppen



Implikasjoner

- Ja, psykosegruppen hadde flere og mer alvorlige CT – men også en viss grad av CT i gruppen med andre psykiske lidelser
- Potensiell spesifisitet for moderat-alvorlig grad av fysisk og seksuelt misbruk og fysisk neglekt ved psykoselidelser?
- En vurdering av traumehistorien til psykosepasienter i behandling bør inngå i anamneseopptak/behandling!
- Fremtidig forskning bør forsøke å sammenlikne CT ved psykoselidelser med andre alvorlige lidelser for å finne ut av om CT er spesifikt for psykoselidelser



ELSEVIER

Psychiatry Research

Volume 261, March 2018, Pages 481-487



Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders

Nina Mørkved ^{a, b}  , Dagfinn Winje ^c, Anders Dovran ^{c, k}, Kjersti Arefjord ^c, Erik Johnsen ^{d, e, g}, Rune Andreas Kroken ^{d, e, g}, Liss-Gøril Anda-Ågotnes ⁱ, Jens C. Thimm ^b, Igne Sinkeviciute ^{d, g, h}, Maria Rettenbacher ^f, Else-Marie Løberg ^{c, d, g, j}

 **Show more**

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.011>

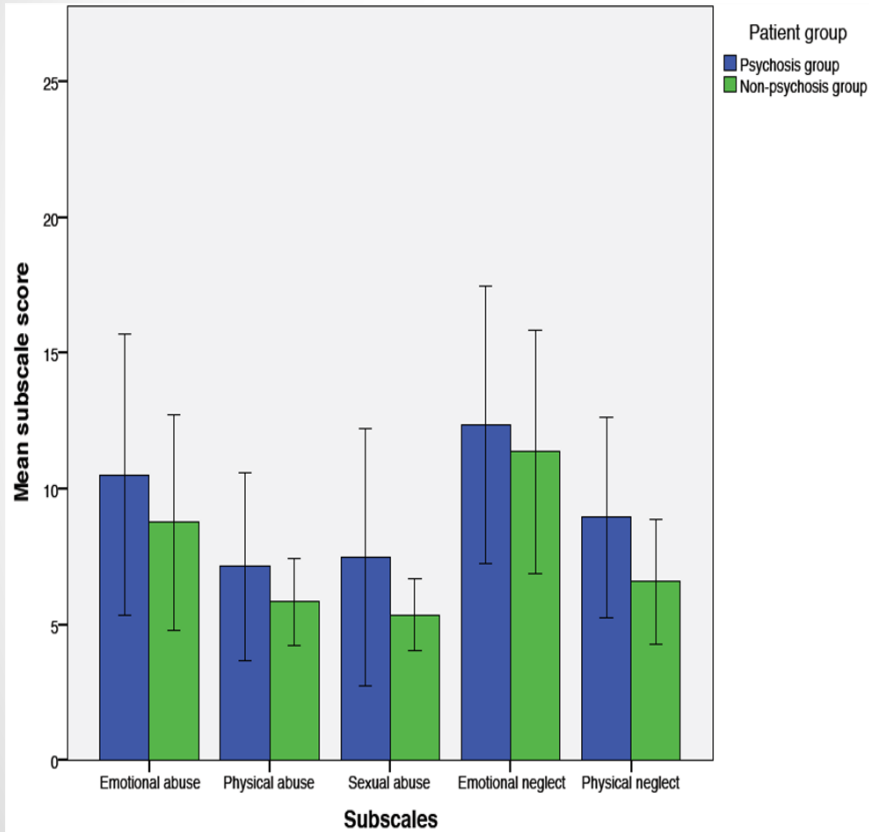
[Get rights and content](#)

Problemstilling

- Barndomstraumer – sammenheng med ruslidelser (ACE-studien), men mindre forskning (sjekk www.acestoohigh.com)
- Alvorlighetsgrad, komorbiditet og økt sannsynlighet for å begynne med rus
- 2-4x større sannsynlighet for å begynne med rus pr ACE rapportert
- Stressmestring, spenningsreduksjon
- Ingen (?) studier sammenliknet CT hos psykosepasienter med CT hos ruspasienter
- 57 pasienter i hver gruppe

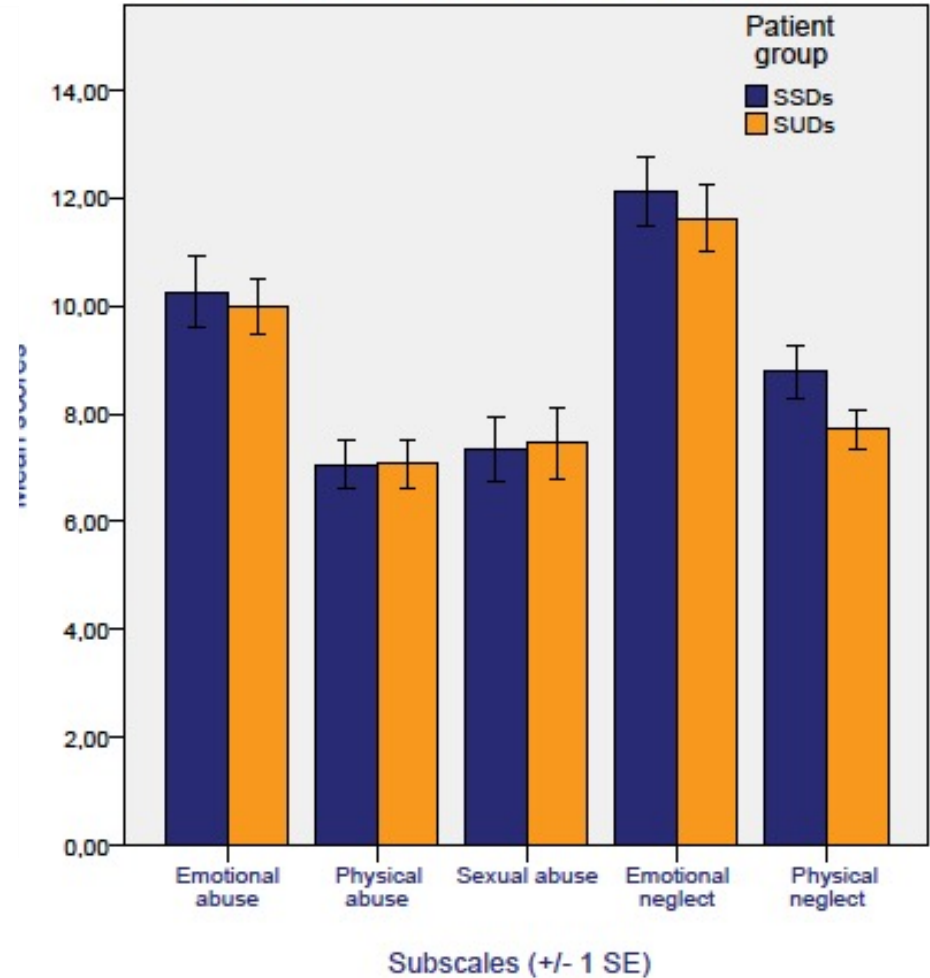


Resultater



rapporterte flere enn fire CT

Differences in mean subscale scores by group



Implikasjoner

- Interessante likheter i rapportering av antall og alvorlighetsgrad av barndomstraumer hos psykosepasienter og ruspasienter – overraskende?
- Teori som kan forklare?
- Felles sårbarhet – hvorfor rus eller psykose? OBS mange rusutløst psykose
- Medierende og modererende faktorer
- Ruspasienter – spørre om traumatisering! God anamnese!
- Behandlingstilbud – fokus på traumer på linje med rus/psykoseproblematikk
- Ulikt klinisk tilbud..?



Contents lists available at ScienceDirect

Schizophrenia Research: Cognition

journal homepage: www.elsevier.com/locate/sco



Does childhood trauma influence cognitive functioning in schizophrenia? The association of childhood trauma and cognition in schizophrenia spectrum disorders.



N. Mørkved^{a,b,*}, E. Johnsen^{c,d}, R.A. Kroken^{c,d}, R. Gjestad^{c,e}, D. Winje^f, J. Thimm^b, F. Fathian^g,
M. Rettenbacher^k, L.G. Anda^{i,j}, E.M. Løberg^{c,f,h}

^a Mojeen District Psychiatric Centre, Hjeltnes Hospital, Sjøtorvveien 17, 8657 Mojeen, Norway

^b Department of Psychology, UiT The Arctic University of Norway, Pb 6050 Langnes, 9037 Tromsø, Norway

^c NORMENT Centre of Excellence and Division of Psychiatry, Haukeland University Hospital, Jonas Lies vei 65, 5021 Bergen, Norway

^d Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Pb 7800, 5020 Bergen, Norway

^e Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry, Haukeland University Hospital, Sandvikaletet 1, 5036 Bergen, Norway

^f Faculty of Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Christies gate 15, 5015 Bergen, Norway

^g NKS Olaviken Gerontopsychiatric Hospital, Ulvikdal 8, 5009 Bergen, Norway

^h Department of Addiction Medicine, Haukeland University Hospital, Øvre Muntheimvingen 7, 5012 Bergen, Norway

ⁱ Department of Biological and Medical Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, Jonas Lieveit 91, BB-building, 5009 Bergen, Norway

^j Clinica for Mental Health Care, Stavanger University Hospital, Jan Johans gate 12, 4011 Stavanger, Norway

^k Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

ARTICLE INFO

Keywords:

Neuropsychology

Adversity

Psychosis

Adverse childhood experiences

ABSTRACT

Childhood trauma (CT) is a risk factor for schizophrenia spectrum disorders (SSDs), and cognitive impairment is a core feature and a vulnerability marker of SSDs. Studies of the relationship between CT and cognitive impairment in SSDs are inconclusive. In addition, few studies have examined differential effects of CT subtypes, e.g. physical, sexual or emotional abuse/neglect, on cognitive functioning. The present study therefore aimed to examine the effects of CT and CT subtypes on cognitive impairment in SSD. Participants ($n = 78$) with SSDs completed a comprehensive neuropsychological test battery and the Childhood Trauma Questionnaire. The

CT og kognitiv fungering

- Kognitive vansker fremheves som et (av) kjernetrekkene ved schizofreni, sårbarhetsmarkør og relateres til funksjonelle utfall og uførhet
- Observeres gjerne før utvikling av psykose, og etter medikamentell stabilisering av symptomer
- Stor variasjon i litteraturen på kognitive svekkelser – faktorer til grunn for heterogenitet kan vi for lite om!
- Noen finner fellestrekk i risikofaktorer for kognitiv svikt, og risikofaktorer for utviklingen av psykose (.....for eksempel barndomstraumer)

CT og kognitiv fungering

- Studier på barndomstraumer og kognitiv fungering hos psykosepasienter varierer
 - Dårligere kognisjon?
 - Ingen forskjell/effekt?
 - Bedre kognitiv fungering og mindre svikt?
- Lite studier som undersøker om det kan være forskjeller avhengig av subtype traume

Metode

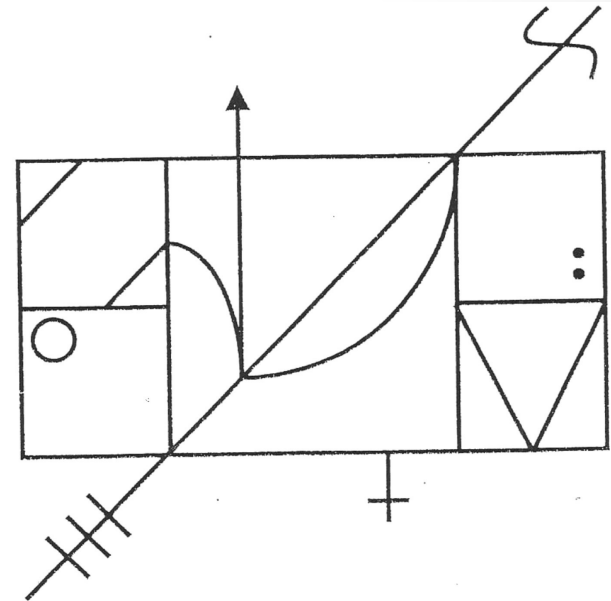
- Utvalg med 78 pasienter fordelt på 37 uten CT og 41 med CT (moderat-alvorlig)
- Like i alder, utdanning, sivil status, antipsykotika (defined daily dose), rus (AUDIT/DUDIT)
- Forskjellige i fordeling av kjønn og rapporterte positive og negative symptomer (CT – mer symptomer)

Kognitiv fungering

I denne studien brukte vi syv domener (outcome):

- Verbale evner
- Visuospasiale evner
- Læring
- Hukommelse
- Oppmerksomhet/arbeidsminne
- Eksekutive evner
- Prosesseringshastighet

Omfattende nevropsykologisk testbatteri





Bergen
Psychosis
Research
Group

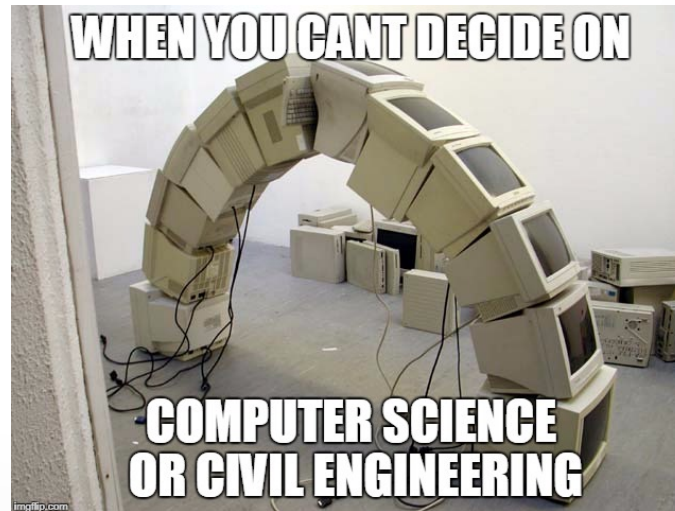
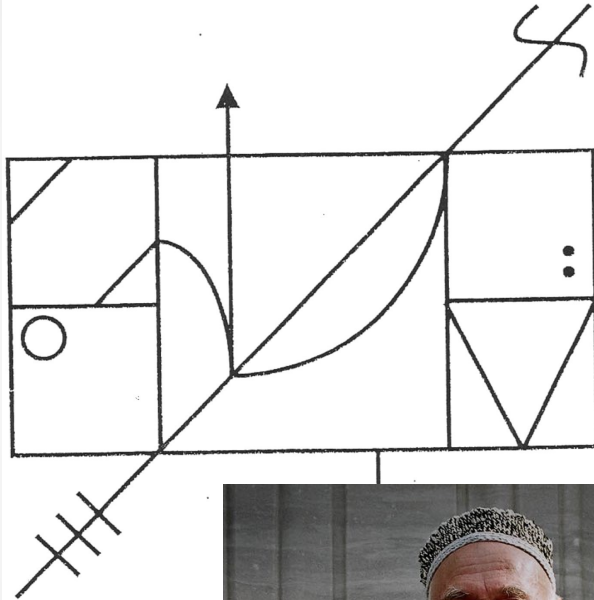


Table 1
Mean (SD) clinical and demographic characteristics by CT/no CT group.

	No CT (n = 37)	CT (n = 41)	Total (n = 78)	t/ χ^2	p-Value
Age	29.46 (11.97)	30.20 (12.87)	29.84 (12.37)	-0.26	0.795
Gender					
Male	28 (57.14%)	21 (42.86%)	49 (62.80%)	4.98	0.026*
Female	9 (31.03%)	20 (68.97%)	29 (37.20%)		
Duration of illness (n = 70)	5.99 (10.71)	5.30 (5.99)	5.63 (8.55)	0.33	0.737
Duration of untreated psychosis (n = 58)	26 (36.87)	83.06 (132.35)	55.52 (101.90)	-2.20	0.032
Antipsychotics DDD	1.18 (0.51)	1.13 (0.80)	1.30 (0.75)	0.34	0.736
Years of education	13 (2.79)	11.88 (2.67)	12.41 (2.76)	1.82	0.073
Education					
Primary	14 (42.42%)	19 (57.58%)	33 (42.3%)	0.73	0.392
Further	23 (52.27%)	21 (47.73%)	44 (57.14%)		
Civil status					
Single	30 (49.18%)	31 (50.82%)	61 (91%)	0.67	0.414
Married/divorced	4 (66.67%)	2 (33.33%)	6 (9%)		
Living situation					
Independently	20 (47.62%)	22 (52.38%)	42 (54.55%)	1.09	0.578
Supported housing/institution	16 (42.11%)	18 (47.37%)	34 (44.16%)		
No residence	1 (100%)	0 (0%)	1 (1.30%)		
PANSS baseline (n = 77)					
Positive symptoms	18.54 (5.59)	21.38 (5.30)	20.01 (5.59)	-2.28	0.025*
Negative symptoms	15.84 (6.38)	19.05 (6.33)	17.51 (6.51)	-2.22	0.029*
General psychopathology scale	36.41 (11.34)	39.40 (7.66)	37.96 (9.66)	-1.37	0.175
Total	70.78 (20.89)	79.83 (14.79)	75.48 (18.43)	-2.21	0.029*
DUDIT (n = 54)	12.73 (12.57)	9.34 (11.92)	10.97 (12.24)	1.02	0.313
AUDIT (n = 68)	9.10 (6.46)	8.19 (6.43)	8.63 (6.41)	0.59	0.559
CTQ-SF					
Emotional abuse	6.46 (1.94)	12.85 (5.24)	9.82 (5.13)	-7.00	0.001*
Physical abuse	5.22 (0.53)	7.24 (3.63)	6.28 (2.83)	-3.37	0.001*
Sexual abuse	5.05 (0.33)	7.34 (4.25)	6.28 (3.28)	-3.26	0.001*
Emotional neglect	7.73 (2.62)	14.95 (5.58)	11.52 (5.71)	-7.18	0.001*
Physical neglect	6.24 (1.46)	9.48 (3.67)	9.95 (3.26)	-5.03	0.001*
Sum	30.70 (3.99)	51.88 (14.21)	41.83 (15.02)	-8.75	0.001*
Cognitive domains					
Verbal abilities (n = 76)	49.35 (9.54)	45.64 (9.13)	47.39 (9.45)	1.73	0.087
Visuospatial abilities	46.73 (10.18)	44.39 (9.78)	45.50 (9.97)	1.03	0.306
Learning	43.63 (7.35)	42.21 (7.50)	42.88 (7.42)	0.85	0.400
Memory	46.03 (6.99)	43.15 (8.84)	44.52 (8.10)	1.58	0.116
Attention/working memory	44.20 (6.47)	42.39 (8.84)	43.25 (7.81)	1.02	0.309
Executive abilities (n = 75)	48.97 (10.99)	45.29 (12.09)	47.05 (11.65)	1.38	0.173
Processing speed	43.59 (8.05)	40.75 (10.03)	42.10 (9.19)	1.37	0.175
Global cognitive performance	46.20 (6.39)	43.45 (7.59)	44.76 (7.13)	1.69	0.095

Note. N = 78 if not stated otherwise. Continuous variables analyzed using independent samples t-test, and categorical variables analyzed using χ^2 . Duration of untreated psychosis in weeks, and duration of illness in years. DDD = defined daily dose, PANSS = The Positive and Negative Syndrome Scale, CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire Short Form, AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test, DUDIT = Drug Use Disorder Identification Test. * significant at $p < .05$. Verbal abilities: Wechsler Adult Intelligence Scale III (WAIS III; Wechsler, 1997) subtests vocabulary and similarities subtests, and the D-KEFS verbal fluency test

Resultater

- Statistiske modeller som testet om grad av traumatisering forklarer grad av/variasjonen i kognitiv svikt
 - Kontrollerte for kjønnsforskjeller, positive/negative symptomer, antipsykotika
 - Altså ta bort “støy” som handler om forskjeller i disse variablene
- **Funn 1:** Grad av CT er assosiert med dårligere global kognitiv fungering, verbale evner, visuospatiale evner, læring, hukommelse og oppmerksomhet/arbeidsminne
- **Funn 2:** Effekten av CT er drevet av fysisk neglekt
- Funn er kontrollert for psykosesymptomer, medisiner, kjønn, utdanning, og for antall tester = relativt robust

Table 2

The effects of CTQ-SF subtypes on cognition by cognitive domain.

	Global cognitive performance	Verbal abilities	Visuospatial abilities	Learning	Memory	Attention/working memory	Executive abilities	Visuomotor processing speed
Emotional abuse	-0.134 (-0.58)	0.096 (0.30)	0.026 (0.08)	-0.143 (-0.61)	0.088 (0.35)	-0.227 (-0.98)	-0.222 (-0.57)	-0.444 (-1.53)
Physical abuse	0.007 (0.02)	-0.483 (-0.77)	0.254 (0.43)	0.096 (0.21)	-0.146 (-0.31)	0.065 (0.15)	0.747 (0.99)	0.280 (0.50)
Sexual abuse	0.152 (0.48)	-0.0265 (-0.06)	0.014 (0.03)	-0.084 (-0.27)	0.233 (0.69)	0.021 (0.07)	-0.191 (-0.36)	0.242 (0.62)
Emotional neglect	0.348 (1.84)	-0.0281 (-0.11)	0.343 (1.35)	0.416* (2.18)	0.261 (1.28)	0.511** (2.70)	0.334 (1.05)	0.444 (1.88)
Physical neglect	-1.288*** (-4.12)	-1.013* (-2.21)	-1.560*** (-3.72)	-1.027** (-3.27)	-1.243*** (-3.70)	-1.342*** (-4.31)	-1.182* (-2.13)	-1.142** (-2.92)
Constant	50.86 (20.21)	58.40 (15.91)	52.01 (15.40)	47.58 (18.82)	50.01 (18.50)	49.71 (19.81)	51.22 (11.57)	47.14 (14.97)
<i>N</i>	75	76	78	78	78	78	75	78

Note. Numbers are regression coefficients, and *t*-statistics in parenthesis. Constant = The value of the dependent variable holding all predictors constant. PANSS = The Positive and Negative Syndrome Scale. CTQ-SF = Childhood trauma questionnaire short-form. Unstandardized coefficients are reported due to the independent variables being measured in the same metric.

* $p < .05$.** $p < .01$.*** Bonferroni corrected $p < .00125$.

Table 3

The effects of CTQ-SF subtypes on cognition by cognitive domain, controlling for antipsychotics, gender and psychosis symptoms.

	Global cognitive performance	Verbal abilities	Visuospatial abilities	Learning	Memory	Attention/working memory	Executive abilities	Processing speed
Emotional abuse	0.202 (0.85)	0.162 (0.46)	0.428 (1.22)	-0.0389 (-0.16)	0.340 (1.27)	0.0355 (0.14)	0.223 (0.49)	0.147 (0.50)
Physical abuse	-0.223 (-0.54)	-0.772 (-1.26)	-0.132 (-0.22)	-0.239 (-0.56)	-0.502 (-1.09)	-0.286 (-0.67)	0.615 (0.77)	-0.216 (-0.43)
Sexual abuse	-0.0505 (-0.17)	0.00466 (0.01)	-0.0631 (-0.15)	-0.0577 (-0.19)	0.231 (0.71)	-0.0457 (-0.15)	-0.402 (-0.71)	-0.00674 (-0.02)
Emotional neglect	0.198 (1.02)	0.0567 (0.20)	0.184 (0.65)	0.437* (2.18)	0.239 (1.10)	0.427* (2.11)	0.0547 (0.15)	0.114 (0.48)
Physical neglect	-1.001** (-3.31)	-0.797 (-1.79)	-1.328** (-3.15)	-0.730* (-2.44)	-0.994** (-3.07)	-1.082*** (-3.59)	-1.009 (-1.74)	-0.947** (-2.69)
Gender	0.731 (0.45)	2.986 (1.26)	-0.426 (-0.18)	1.734 (1.05)	0.145 (0.08)	0.749 (0.45)	-1.031 (-0.33)	1.644 (0.84)
PANSS positive	0.109 (0.78)	0.287 (1.38)	0.123 (0.59)	0.0617 (0.42)	-0.0399 (-0.25)	0.0721 (0.49)	0.0610 (0.23)	0.145 (0.84)
PANSS negative	-0.211 (-1.49)	-0.405 (-1.94)	-0.227 (-1.14)	-0.319* (-2.26)	-0.410** (-2.69)	-0.130 (-0.91)	0.0151 (0.06)	-0.00123 (-0.01)
Antipsychotics DDD	-2.448* (-2.34)	-0.500 (-0.32)	-3.435* (-2.22)	-1.594 (-1.46)	-1.648 (-1.39)	-2.825* (-2.56)	-2.438 (-1.21)	-5.129*** (-3.98)
Constant	54.76 (15.74)	57.28 (11.17)	57.26 (11.72)	52.06 (15.04)	58.20 (15.52)	53.28 (15.26)	53.25 (7.98)	51.71 (12.68)
N	72	73	75	75	75	75	72	75

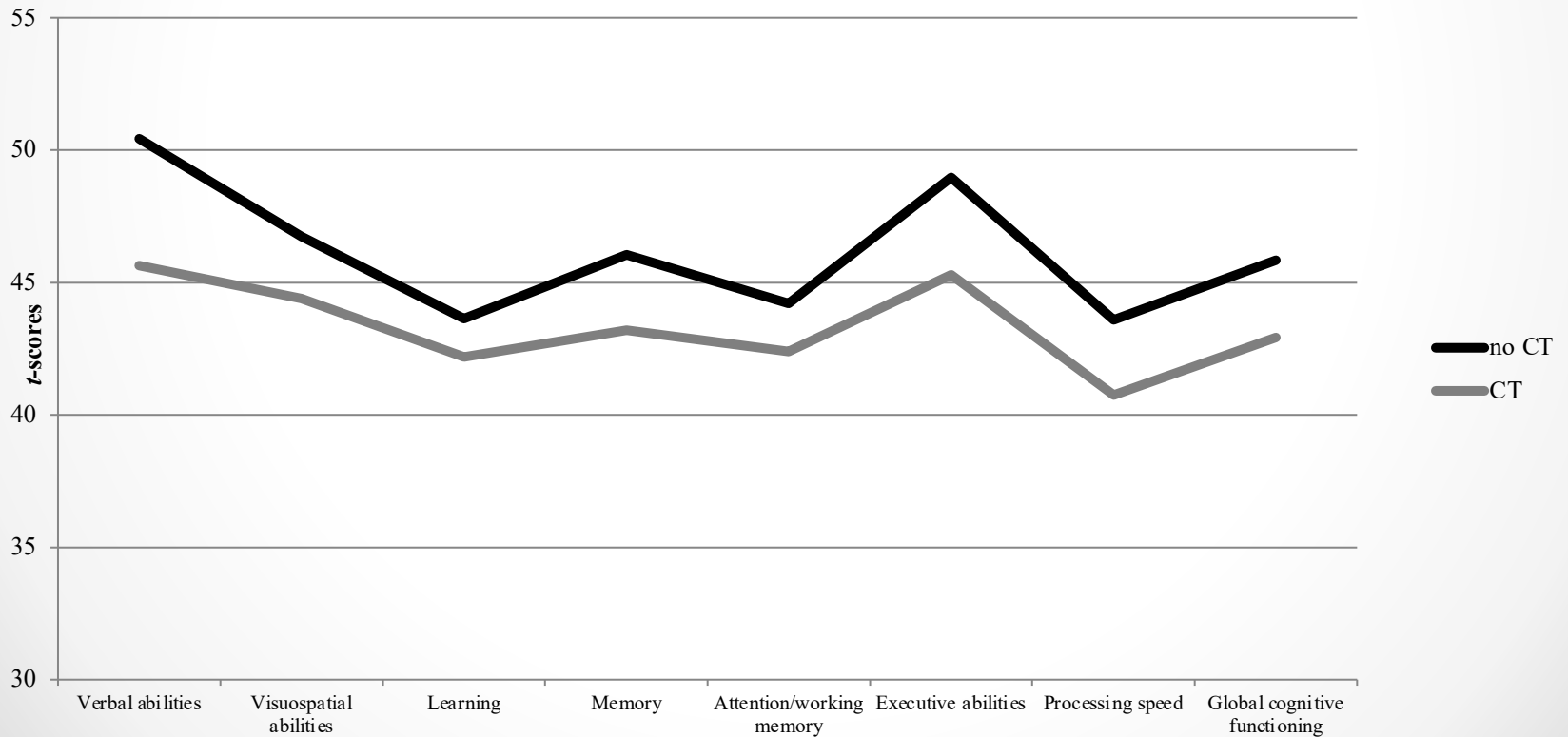
Note. *t*-statistics in parenthesis. Constant = The value of the dependent variable holding all predictors constant. PANSS = The Positive and Negative Syndrome Scale. CTQ-SF = Childhood trauma questionnaire short-form. DDD = the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults. Unstandardized coefficients are reported due to the independent variables being measured in the same metric.

* $p < .05$.** $p < .01$.*** Bonferroni corrected $p < .00125$.

Fysisk neglekt

- The failure of caretakers to provide for a child's physical needs, including food, shelter, clothing, safety, and health care
- Passiv
- Fysisk omsorgssvikt

Traume/ikke traume



Hvordan forklare funnene? Hva er det med neglekt?

- CT – negativ innvirkning på hjernens utvikling under sensitive perioder
- Nevrokognitive konsekvenser av neglekt (emosjonell/fysisk) er lite studert
- Neglekt markør på kognitiv sårbarhet hos foreldrene som går i arv?
- Fravær av en konsistent, ivaretagende omsorgsperson gir omfattende skader
- Deprivasjon fra fysiske og emosjonelle behov – mer globale kognitive konsekvenser?

CT og kognitive vansker

- Fremtidig forskning – longitudinelt design – undersøke om CT henger sammen med stabilitet eller endring i kognitiv fungering i løpet av en psykose
- Tidspunkt for traumer vs tidspunkt for begynnende kognitiv svekkelse
- Funnene viktig for å belyse at det kan være en undergruppe psykosepasienter med mer traumer og ytterligere kognitiv svikt

CT og antipsykotika (APs)

- Nasjonale retningslinjer for psykosebehandling fremhever at alle pasienter med schizofrenispektrum psykoselidelser skal få tilbud om antipsykotika (Helsedirektoratet, 2013)
- 20-30% av psykosepasienter har ikke effekt av farma, til tross for komplians/adherence (Kane 1988)
 - Nyere tall: 45 - 50 % førstegangssyke responderer ikke ila 12 mnd
- Raten av behandlingsresistent schizofreni varierer fra 5-60%
- De har mer alvorlige symptomer, større funksjonssvikt, høyere risiko for suicid og lavere livskvalitet
- Byrden av behandlingsresistente pasienter utgjør 60-80% av totale kostnader for schizofreni (Kennedy, 2014)

CT interessant?

- Respons på behandling tidlig i forløpet er knyttet til langtidsutfall
- Derfor viktig å identifisere faktorer som kan påvirke manglende respons – personalisert, skreddersydd behandling
- CT kan være relevant for å predikere utfall etter en psykose
 - Predikere om symptomene vedvarer
 - Knyttet til lavere livskvalitet, sannsynlighet for ikke å være i et forhold, lengre innleggelser, høyere grad av non-compliance og risiko for komorbid rusmisbruk
- Litteraturgjennomgang: behandlingsresistente psykosepasienter rapporterte mer emosjonelt misbruk og neglekt, samt seksuelt misbruk, sammenliknet med de som hadde god effekt av Aps
- Responders/non-responders – ingen forskjell pga type antipsykotika

*“...its role in treatment outcome
has been underrepresented”*



Oppsummering

- Spør om traumer!
- En sammensatt forklaring på en sammensatt problemstilling
- Det er også mennesker med psykose som ikke har opplevd traumer, og ikke alle som har opplevd traumer utvikler psykose senere i livet.
- Alle som har ansvar for barns oppvekst, oppdragelse, omsorg og velvære, må være klar over hva mange barn utsettes for og konsekvensene av dette



Takk til:

Bergen Psykoseprosjekt 2; Else-Marie Løberg, Erik Johnsen, Rune Kroken, Liss Gøril Anda-Ågotnes, Igne Sinkeviciute

Forskningsgruppe i traumepsykologi, University of Bergen; Dagfinn Winje, Anders Dovran, Kjersti Arefjord

Innsbruck Medical University; Maria Rettenbacher

Pasienter og deltakere for deres bidrag i studien

Takk for meg!

Spørsmål?

nina.morkved@gmail.com