

Statusartikel

Behandlingstilbud og nye perspektiver ved psykose

Ditte Lammers Vernal^{1, 2} & Anne Katrine Pagsberg^{3, 4}

1) OPUS – Ambulatorium for Unge med Psykoser, Psykiatrien, Aalborg Universitetshospital, 2) Klinisk Institut, Aalborg Universitet, 3) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Forskningsenheden, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 4) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V05260391. doi: 10.61409/V05260391

HOVEDBUDSKABER

- Primære psykoselidelser, herunder skizofreni, er alvorlige sindslidelser, der typisk debuterer i ungdomsårene eller tidlig voksenalder og kan have betydelige konsekvenser for funktionsevne, livskvalitet og forventet levetid.
- Psykoseområdet ensrettes i højere grad på tværs af landet, både med integreret dobbeltdiagnosebehandling, specialiseret tidlig behandling og klinisknære nationale Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) guidelines, der har til formål at øge kvaliteten af udredning og behandling.
- Fremtidsperspektiver omfatter nyere medicinske præparater og nonfarmakologiske interventioner som virtual reality-terapi og traumefokuseret psykoterapi.

Fokus for denne statusartikel er primære psykoselidelser, defineret som ICD-10 F20 og ICD-10 F22-29, særligt centreret om de længerevarende psykoser med skizofreni som den mest alvorlige. Debut er typisk i ungdomsårene eller den tidlige voksenalder, og lidelserne er forbundet med betydelig påvirkning af livskvalitet og funktionsniveau, reduceret forventet levetid [1] samt store konsekvenser for familie, netværk og samfund [2]. Vi vil redegøre for nogle af de overordnede linjer i psykosebehandling i Danmark, den seneste udvikling og udvalgte områder, som vi forventer får betydning i de kommende år.

Faser i primære psykoselidelser

Før debut af psykose er der ofte en prodromalfase med mere uspecifikke symptomer og snigende udvikling (Figur 1). Forskellige interventioner er afprøvet for at reducere transitionsraten fra det såkaldte clinical high-risk-stadie til primær psykoselidelse, f.eks. kognitiv adfærdsterapi (KAT), case management og familieinddragelse. Nyeste metaanalyse viser manglende effekt og peger på behov for nye og skræddersyede interventionsstrategier og stratificering af den heterogene målgruppe [3]. Antipsykotisk medicin er ikke anbefalet i prodromalfasen [4]. Hvis tilstanden udvikler sig til primær psykoselidelse, opstartes specialiseret tidlig intervention, der i den akutte fase fokuserer på at reducere psykotiske symptomer og styrke psykosociale funktioner. Herefter følger stabiliseringsfasen med fokus på tilbagefaldsforebyggelse, bl.a. ved psykoedukation og genopbygning af hverdagsliv og mestringsstrategier. Vedligeholdelsesfasen fokuserer på recovery (at komme sig helt eller delvist) og fortsat tilbagefaldsforebyggelse og foregår for voksne oftest i sundhedstilbud uden for psykiatrien. Det er ikke lineære faser, og de kan overlappe. Nogle oplever kun én psykotisk episode, andre har perioder med psykotiske tilbagefald, og en mindre gruppe oplever kronisk psykose med begrænset

behandlingseffekt. Mange gentagne episoder eller kronisk psykotisk tilstand ses primært ved skizofreni.

FIGUR 1 Faser i primære psykoselidelser.



KAT = kognitiv adfærdsterapi.

Sundhedstilbuddene på psykoseområdet er i udvikling, bl.a. på grund af større økonomisk råderum og opdaterede faglige anbefalinger. Psykiatriplanen har givet et længeventet økonomisk løft til psykiatrien. Midlerne udmøntes løbende frem mod 2030, på nuværende tidspunkt til bl.a. udgående teams til de sværeste psykiske lidelser, opsøgende gadeplansarbejde til de mest udsatte, sammenhængende forløb, mindre indgribende tvang og integreret dobbeltdiagnosebehandling. De fleste af de beskrevne tiltag på psykoseområdet, inkl. Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG)-guidelines og forløbsbeskrivelser, omfatter også patienter med skizotypisk sindslidelse (ICD-10 F21). Flere faglige organisationer har påpeget, at finansieringen fortsat ikke er tilstrækkelig i forhold til behovet, og at f.eks. sengekapaciteten er for lav.

Forløbsbeskrivelserne for psykoselidelser

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen udkom i 2024 med hhv. en version til voksenområdet og en version til børn og unge, begge suppleret med anbefalinger om tværsektorielle indsatser [5]. I regi af DMPG er der sideløbende udarbejdet opdaterede kliniske retningslinjer for psykoseområdet [6].

I 1990'erne startede OPUS som et RCT med specialiseret tidlig intervention i København og Aarhus [7]. Forsøget

havde stor gennemslagskraft både nationalt og internationalt, og denne behandling ved debuterende primær psykoselidelse er nu udbredt i mange lande. Flere metaanalyser understøtter evidensen [8, 9]. Effekten ses tydeligst under behandling og de første år efter [10]. Den nyeste metaanalyse finder ingen effekter 2-3 år efter interventionens afslutning [9]. Danske registerdata har dog fundet fortsat effekt af OPUS efter klinisk implementering 2-3 år efter endt forløb [11]. Samlet tyder evalueringer på, at en betydelig del af målgruppen har behov for langvarige specialiserede indsatser for at vedligeholde bedring.

Forløbsbeskrivelserne har ensrettet målgruppebeskrivelsen for OPUS-tilbud, hvor der hidtil har været store regionale forskelle. Et toårigt OPUS-tilbud anbefales nu til både større børn, unge og voksne op til 35 år med primær psykoselidelse.

OPUS YOUNG

OPUS YOUNG er det første RCT af tidlig intervention til børn og unge under 18 år [12] (**Tabel 1**). Forsøget inkluderede 290 børn og unge i alderen 12-17 år i perioden 2021-2025, og hovedresultaterne forventes udgivet inden for det kommende år. Behandlingen bygger på principperne og manualen for OPUS til voksne, men er tilpasset en yngre målgruppe. OPUS YOUNG er implementeret i Region Hovedstaden.

TABEL 1 Oversigt over tilbud i OPUS, OPUS til børn og unge og i F-ACT.

Behandling	Beskrivelse
<i>OPUS-behandling</i>	
For unge voksne 18-35 år	Tilbud ved førsteepisode-psykose Anbefales også ved skizotypisk sindslidelse Toårigt ambulant tilbud i et tværfagligt team Fast primærbehandler, lav patient:behandler-ratio Assertiv tilgang med mulighed for hjemmebesøg Kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang Pårørendesamarbejde og -tilbud Gruppetilbud: psykoedukation for patienter og pårørende, flerfamiliegruppe, social færdighedstræning Behandling af problematisk alkohol-/stofbrug Helhedstænkning: trivsel, livskvalitet, job/uddannelse, kognitiv og social funktion, fysisk helbred, medicinske og psykosociale interventioner mhp. symptomreduktion Tværasektorielt samarbejde Integration af uddannelse- og beskæftigelsesrettede tilbud, f.eks. IPS Recovery-orienteret Mulighed for individuelle terapeutiske forløb
For børn og unge 12-17 år	Samme elementer som OPUS for voksne med tilpasning Intensiveret inddragelse af forældre og søskende Øget fokus på tværasektorielt samarbejde med skole, institutioner og kommune Understøttelse af overgang fra ungdom til voksenliv Forebyggelse af stof- og alkoholmisbrug Øget forekomst af komorbiditet, særligt udviklingsforstyrrelser
<i>F-ACT-behandling</i>	Tilbud til mennesker med svære sindslidelser, oftest psykose Efter OPUS eller uden for OPUS' målgruppe Tværfagligt ambulant tilbud Fast behandler, men i kriseperioder træder flere i teamet til Assertiv tilgang med mulighed for hjemmebesøg Behandling af problematisk alkohol-/stofbrug Fleksibelt og individuelt tilpasset, intensiv kontakt ved forværring, reduceret indsats i gode perioder Tværasektorielt samarbejde, f.eks. beskæftigelsesrettede tilbud med IPS Recovery-orienteret Gruppetilbud Varighed af forløb varierer

F-ACT = flexible assertive community treatment; IPS = individual placement support.

Flexible assertive community treatment

F-ACT (flexible assertive community treatment) er standardbehandling for mennesker med primære psykoselidelser uden for OPUS-målgruppen. F-ACT arbejder assertivt og tværfagligt og veksler mellem intensiv behandling i kriseperioder og mere stabil opfølgning. F-ACT har fokus på recovery efter CHIME-modellen: Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment. Ved psykosedebut efter 35-årsalderen anbefales et OPUS-lignende tilbud i F-ACT-regi eller i OPUS efter individuel vurdering.

Botilbudsteam

Botilbudsteam er et nyt tiltag, der skal styrke samarbejdet mellem psykiatri og socialpsykiatri og lette adgangen til specialiseret behandling. Data fra Region Sjælland og Region Hovedstaden tyder på, at botilbudsteam kan medvirke til færre indlæggelser og mindre tvang. Landsdækkende implementering er en del af tiårsplanen.

Integreret dobbeltdiagnosebehandling

Dobeltdiagnose dækker over en kombination af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik og forekommer hyppigt ved primære psykoselidelser. Dobeltdiagnose øger risikoen for somatiske sygdomme, komplekse sociale udfordringer og tidlig død sammenlignet med primær psykoselidelse uden komorbidt misbrug [13]. Ved moderat til svær psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik tilbydes nu integreret regional behandling, hvis parallel eller koordineret behandling i kommune og psykiatri ikke er tilstrækkelig. Integreret behandling sigter mod at styrke helhedstænkning og sammenhæng samt at reducere overgange mellem sektorer [14].

Danske Multidisciplinære Psykiatri grupper

Aktuelt har DMPG foranlediget fire kliniske retningslinjer for psykoseområdet [6]. I det følgende fremhæves udvalgte anbefalinger fra retningslinjerne, idet en udtømmende gennemgang ligger uden for denne artikels ramme.

Diagnostik af primære psykoselidelser

Diagnostik af primære psykoselidelser indeholder bl.a. anbefalinger til vurdering af primær psykose vs. stofudløst psykose, hvilket tidligere har været håndteret forskelligt. Primær psykoselidelse bør overvejes efter ophør af rusmiddelbrug i > 1 måned samtidig med vedvarende psykosesymptomer, ved gentagne episoder med stofudløst psykose, eller hvis psykosesymptomer varer > 6 måneder uanset rusmiddelbrug. Særligt sidstnævnte er relevant, da ophør af misbrug i en længere periode ikke altid lykkes. Patienter med misbrug og psykose får derved lettere adgang til specialiseret behandling, hvilket er i tråd med indførelsen af integreret dobbeltdiagnosebehandling. Retningslinjen giver også råd til udredningsmetoder ved diagnostisk tvivl.

Kognitiv og socialkognitiv udredning og behandling

Kognitiv og socialkognitiv udredning og behandling anbefaler, at alle med primære psykoselidelser informeres om de kognitive og socialkognitive vanskeligheder, som ofte ses ved disse lidelser. Herefter vurderes indikation for testning. Det anbefales at fokusere på fem kognitive og tre socialkognitive domæner. Der gives konkrete testforslag, mens spørgeskemaer frarådes på grund af lav validitet. Behandlingsmæssigt anbefales særligt kognitiv remediering, psykoedukation og socialkognitiv træning. Der er ikke evidens for effekt af medicinsk behandling til bedring af kognition og social kognition.

Udredning og behandling af negative symptomer

Udredning og behandling af negative symptomer giver et overblik over negative symptomer opdelt i fem domæner: anhedoni (nedsat glæde/lyst), asocialitet, alogia (sprogfattigdom), avolition (initiativløshed) og affektaffladning (dæmpet affekt). Negative symptomer er associeret med dårligere prognose og behandlingseffekt, nedsat livskvalitet samt lavt psykosocialt funktionsniveau. Brief Negative Symptom Scale anbefales til afdækning af negative symptomer. Der skelnes mellem primære negative symptomer, som ofte er vedvarende, har baggrund i grundlidelsen og kan være til stede i alle faser, vs. sekundære negative symptomer, der kan skyldes f.eks. psykotiske symptomer, bivirkninger, rusmiddelbrug eller komorbid depression. Til behandling af primære negative symptomer anbefales OPUS, social færdighedstræning, kognitiv remediering, motion og KAT. Medicinsk kan antidepressiva eller modafinil overvejes, begge som off-label-behandling.

Derudover kan transkraniel magnetisk stimulation forsøges i protokolleret regi.

ECT af patienter med behandlingsrefraktær skizofreni

ECT af patienter med behandlingsrefraktær skizofreni giver anbefalinger til behandling af patienter med skizofreni (fra 12 år), som ikke har tilstrækkelig effekt af mindst to antipsykotika fra forskellige farmakologiske klasser samt har manglende effekt af eller tolerabilitet for clozapin. ECT til børn og unge er en højtspecialiseret funktion. ECT tilbydes i kombination med antipsykotika, og det er god klinisk praksis at anvende validerede psykometriske skalaer til at monitorere behandlingseffekt og bivirkninger. Hos voksne kan ECT som vedligeholdelsesbehandling overvejes hos visse patienter ved dokumenteret effekt af en forudgående ECT-serie. Kognitive bivirkninger som påvirkning af korttidshukommelse og indlæring er typisk forbigående, men kan være årsag til behandlingsophør, hvorfor tilstrækkelig forhåndsinformation til patienter er vigtig.

Hvad ligger forude?

Det medicinske område

Inden for det medicinske område starter forsøg med det nye præparat KarXT op i Danmark i 2026 (medicinalfirmasponsoreret forsøg og klinikerinitieret forsøg). Præparatet adskiller sig fra andre antipsykotika ved at kombinere xanomelin (en muskarinerg acetylcholinreceptoragonist) med tropium (tilsat for at modvirke bivirkninger til perifere muskarinerge effekter) [15]. Med hensyn til behandling af kardiometaboliske bivirkninger ved antipsykotika har metformin som add-on ved opstart af antipsykotisk behandling vist potentiale for forebyggelse af vægtøgning [16], og behandlingen er nogle steder indført som rutine. Glucagon-like peptide (GLP)-1-præparater (f.eks. liraglutid, tirzepatid og semaglutid), som i begrænset omfang er undersøgt specifikt hos mennesker med psykose, er effektivt vægtreducerende og synes ikke associeret med forværring af psykose eller øget mortalitet [17, 18]. GLP-1-præparater kan muligvis dæmpe alkohol- og stoftrang [19-21], men dette bygger på studier uden for psykosefeltet, og det eneste randomiserede forsøg i en psykosepopulation fandt ingen effekt på trang.

Traumer og psykopatologi

Traumer og psykopatologi er et stort fokusområde både internationalt og i Danmark. Barndomstraumer er forbundet med øget risiko for mange psykiske lidelser, og ved primære psykoselidelser er der påvist øget forekomst af alle interpersonelle traumer (f.eks. omsorgssvigt og overgreb) [22]. Flere metaanalyser har demonstreret solid dosis-respons-effekt – jo flere kumulative traumer, jo højere risiko for primære psykoselidelser [23]. De hyppigst anvendte behandlingsmetoder til PTSD og behandlingskrævende traumer ses også effektive og veltolererede ved samtidige primære psykoselidelser (eye movement desensitization and reprocessing therapy, prolonged exposure og traumefokuseret KAT) [24-26].

Interventioner baseret på virtual reality

Interventioner baseret på virtual reality (VR) er et område i vækst, ofte som augmentering til KAT. VR-interventioner er undersøgt i to større danske RCT'er: Challenge [27], som er målrettet behandlingsresistent stemmehøring, og FaceYourFears [28], som er målrettet paranoia. Challenge påviste lille effekt af VR sammenlignet med vanlig behandling og er implementeret enkelte steder i Danmark. FaceYourFears sammenlignede KAT med VR-baseret KAT til psykose i et superioritetsforsøg og fandt stor reduktion i paranoia efter behandling, men ingen forskel mellem KAT og VR-KAT. Da studiet ikke omfattede en kontrolgruppe uden aktiv behandling, kan symptomreduktion ikke entydigt tilskrives terapien. Overordnet vurderes VR lovende på psykoseområdet, men ikke nødvendigvis bedre end KAT [28-30]. Der er brug for flere større metodisk stringente studier inkl. systematisk rapportering af bivirkninger [29].

Perspektivering

Der venter et større implementeringsarbejde – både med baggrund i nye retningslinjer for udredning og behandling, udvidede målgrupper, tiltag i psykiatriplanen og nyere forskningsresultater.

Korrespondance *Ditte Lammers Vernal*. E-mail: dhl@rn.dk

Antaget 9. september 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. oktober 2026

Interessekonflikter DLV oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Lundbeck, Novo Nordisk, Vision Denmark, Innovationspuljen – Region Nordjylland, Den frie Forskningsfond, Innovationsfonden, AP Møller Fonden, Puljen for klinisk forskning Region Nordjylland, Life Science – Region Nordjylland, Hans Reitzels Forlag, Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland, DMPG og Skizofrenidatabasen, Khora/Heka VR og Virtu. AKP oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Den frie Forskningsfond, Haskell Fond og Copenhagen Trial Unit. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V05260391

doi 10.61409/V05260391

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Brug af AI ChatGPT er brugt i forbindelse med udarbejdelse af Figur 1, som herefter er tilrettet

SUMMARY

Treatment options and new perspectives in psychosis

Schizophrenia and other primary psychotic disorders are severe mental disorders with major personal and societal impact. This review provides an overview of recent developments in the field of psychosis in Denmark, e.g., updated guidelines on diagnostics and treatment, expansion of early intervention services through increased funding, and treatment at different stages of psychosis. Lastly, selected emerging topics are briefly discussed: trauma-focused therapy, virtual reality-based interventions, and novel pharmacological treatments such as KarXT and glucagon-like peptide-1-based approaches.

REFERENCER

1. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2023;65:102294. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>
2. Jin H, Mosweu I. The Societal Cost of Schizophrenia: A Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 2017;35(1):25-42. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0444-6>
3. Minichino A, Davies C, Karpenko O, et al. Preventing psychosis in people at clinical high risk: an updated meta-analysis by the World Psychiatric Association Preventive Psychiatry section. *Mol Psychiatry*. 2025;30(6):2773-2782. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-02902-8>
4. NICE Guideline. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management. NICE, 2014
5. Social- og Boligstyrelsen. Forløbsbeskrivelser for børn og voksne med psykoser. Social- og Boligstyrelsen, 2024. www.sbst.dk/nyheder/2024/forloebbsbeskrivelser-for-boern-og-voksne-med-psykoser (sep 2026)
6. DMPG. DMPG Skizofreni. DMPG, 2024. www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-skizofreni/ (sep 2026)
7. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*. 2005;331(7517):602. <https://doi.org/10.1136/bmj.38565.415000.F01>

8. Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
9. de Pablo GS, Almeida J, Camacho J, et al. Do early intervention services for psychosis maintain their effects after transition to usual/modular care? A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2026;25(1):95-104. <https://doi.org/10.1002/wps.70012>
10. Hansen HG, Starzer M, Nilsson SF, et al. Clinical Recovery and Long-Term Association of Specialized Early Intervention Services vs Treatment as Usual Among Individuals With First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorder: 20-Year Follow-up of the OPUS Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(4):371-379. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.5164>
11. Posselt CM, Albert N, Nordentoft M, Hjorthøj C. The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study With Comparison of Randomized Trial and Real-World Data. *Am J Psychiatry*. 2021;178(10):941-951. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20111596>
12. Madsen MS, Melau M, Andersen NK, et al. Early intervention versus treatment as usual for adolescents with first-episode psychosis: Protocol for the randomized OPUS YOUNG trial. *Contemp Clin Trials*. 2026;162:108253. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2026.108253>
13. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023;22(2):203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
14. Danske Regioner. Integreret Patientforløb for Mennesker Med Psykiske Lidelser Og Samtidig Rusmiddelproblematik. Danske Regioner, 2024
15. McKenna A, Tice JA, Whittington MD, et al. KarXT for schizophrenia-effectiveness and value: A summary from the Institute for Clinical and Economic Review's New England Comparative Effectiveness Public Advisory Council. *J Manag Care Spec Pharm*. 2024;30(6):624-628. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2024.30.6.624>
16. Carolan A, Hynes-Ryan C, Agarwal SM, et al. Metformin for the Prevention of Antipsychotic-Induced Weight Gain: Guideline Development and Consensus Validation. *Schizophr Bull*. 2025;51(5):1193-1205. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae205>
17. Liu TH, Hsu CH, Wu JY, et al. Association between tirzepatide use and risk of mortality, hospitalization, and suicidal behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders: A one-year retrospective cohort study of 3618 patients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2026;103:112739. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.11.016>
18. Siskind D, Baker A, Arnavotska U, et al. Efficacy and safety of semaglutide versus placebo for people with schizophrenia on clozapine with obesity (COaST): a phase 2, multi-centre, participant and investigator-blinded, randomised controlled trial in Australia. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(7):493-503. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00129-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00129-4)
19. Sinha B, Ghosal S. The effects of glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP1-RAs) on alcohol-related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Addict Sci Clin Pract*. 2025;21(1):8. <https://doi.org/10.1186/s13722-025-00637-z>
20. Abegaz TM, Ahmed M, Bhagavathula AS, Fietze G. Association between GLP-1 receptor agonist use and substance use disorders among individuals with type 2 diabetes or obesity: a nested case-control study in the All of Us research program. *Front Psychiatry*. 2026;17:1766770. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2026.1766770>
21. Cai M, Choi T, Xie Y, Al-Aly Z. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk of substance use disorders among US veterans with type 2 diabetes: cohort study. *BMJ*. 2026;392:e086886. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-086886>
22. Zhou L, Sommer IEC, Yang P, et al. What Do Four Decades of Research Tell Us About the Association Between Childhood Adversity and Psychosis: An Updated and Extended Multi-Level Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2025;182(4):360-372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240456>
23. Flinn A, Heffernan-Clarke R, Parker S, et al. Cumulative exposure to childhood adversity and risk of adult psychosis: a dose-response meta-analysis. *Psychol Med*. 2025;55:e162. <https://doi.org/10.1017/S0033291725001138>
24. Ahmed OM, Khalaf G, Alsaadany KR, et al. Efficacy and Safety of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Patients with Psychosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Trends Psychiatry Psychother*. (online 25. sep 2025). <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2025-1099>
25. van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, et al. Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophr Bull*. 2016;42(3):693-702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv172>

26. Peters E, Swan S, Underwood R, et al. Trauma-focused therapy integrated with cognitive behavioural therapy for psychosis for people with post-traumatic stress disorder and psychosis (the STAR trial): a multicentre, pragmatic, randomised trial in the UK. *Lancet Psychiatry*. 2026;13(7):549-566. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(26\)00090-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(26)00090-8)
27. Smith LC, Vernal DL, Mariegaard LS, et al. Immersive virtual reality-assisted therapy targeting persistent auditory verbal hallucinations in patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders in Denmark: the Challenge assessor-masked, randomised clinical trial. *Lancet Psychiatry*. 2025;12(8):557-567. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00161-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00161-0)
28. Jeppesen UN, Vernal DL, Due AS, et al. Virtual reality-based versus standard cognitive behavioral therapy for paranoia in schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Nat Med*. 2025;31(10):3425-3439. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03880-8>
29. Colgan GA, Ng KKL, Siskind D, et al. Do virtual reality-based therapies affect symptomatology and psychosocial functioning in schizophrenia spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2026;12(4):e165. <https://doi.org/10.1192/bjo.2026.12012>
30. van der Stouwe ECD, Geraets CNW, Berkhof M, et al. Virtual-reality cognitive behavior therapy versus cognitive behavior therapy for paranoid ideation: A pragmatic, single-blind, multicenter randomized clinical superiority trial. *Psychol Med*. 2025;55:e188. <https://doi.org/10.1017/S0033291725100949>