

Middelfart 23.03.2007

## Skizofreni

- Et kritisk blik på diagnostik, rating skalaer  
og neuropsykologisk testning

Torben Østergaard Christensen

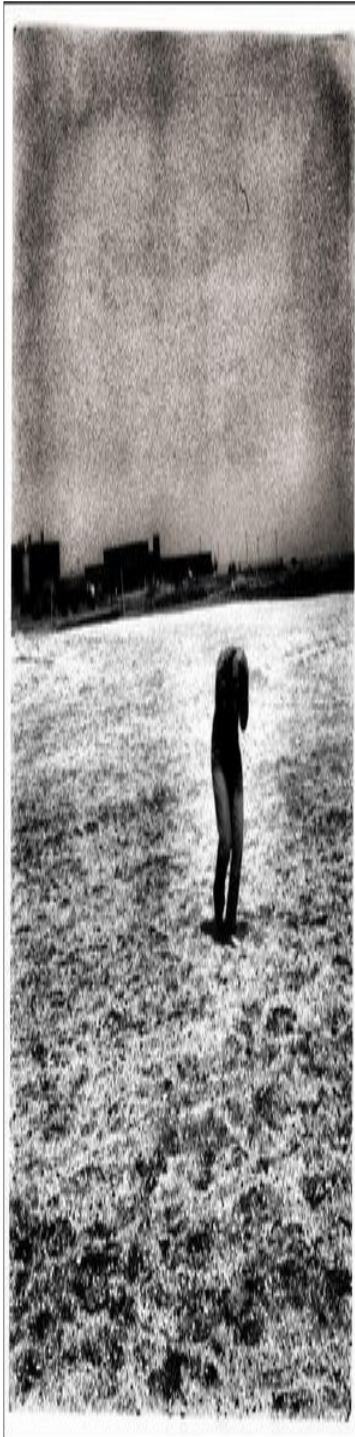
Cand. psych.

ph.d

specialist i psykopatologi

E-mail: [tch@psykiatri.aaa.dk](mailto:tch@psykiatri.aaa.dk)

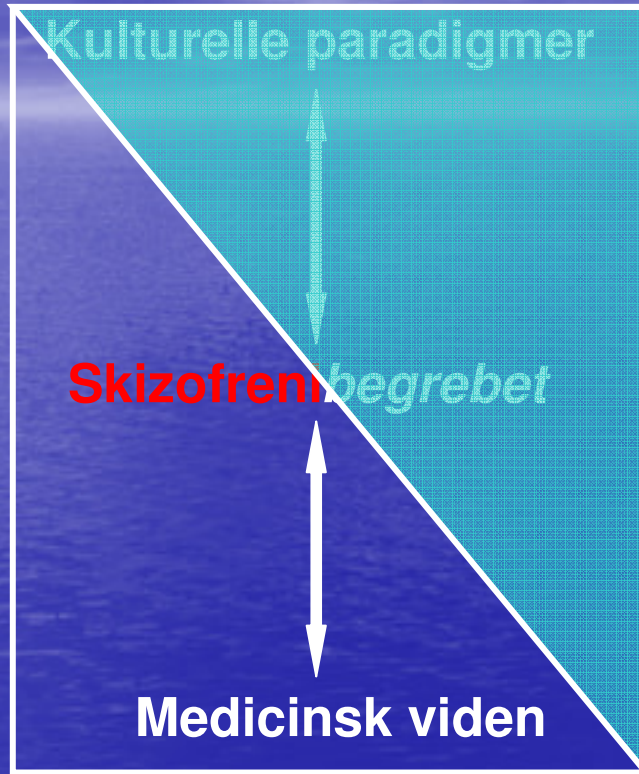




## Patient og pårørende perspektivet

**Skizofreni** er en sygdom som er forbundet med:

- Tab
- Sorg
- Skam
- Uvished
- Angst





Karl T. Jaspers (1883-1969)

## Lidt historie:

### Det medicinske skizofrenibegreb i det 20 årh.

Kurt Schneider (1887-1967)



Deskriptiv-fænomenologisk metode

Skizofreni er u-forståelig

Skizofreni er psykopatologi uden kendt organisk ætiologi

Kriterier med størst diagnostisk potentiale?

= Førsterangs symptomer (særegne hallucinationer og vrangforestillinger)

Kognitive symptomer = sekundær eller tertiær betydning

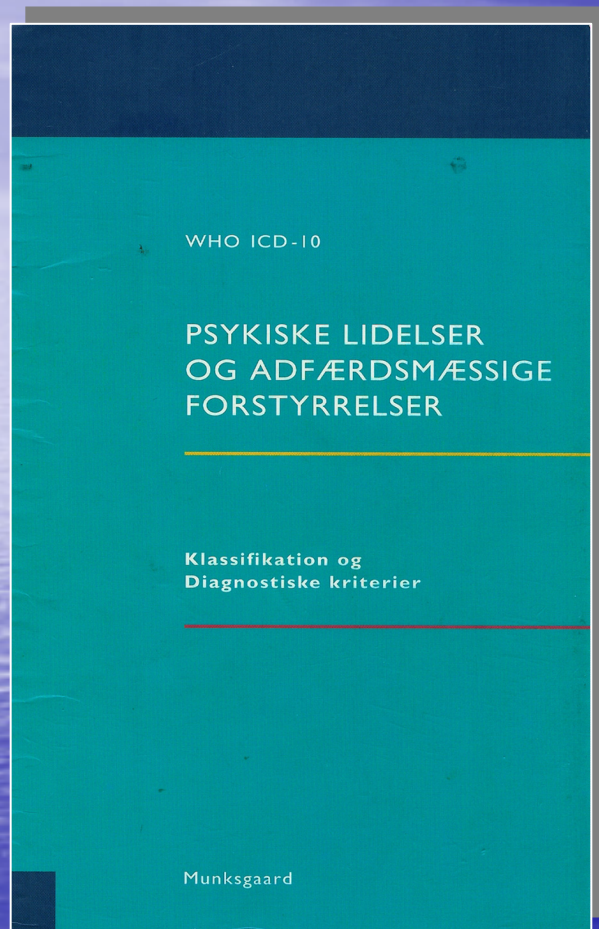
+ Antipsykotisk medicin virker !!!!!

We are limiting ourselves to those [symptoms] which can be clearly defined and can be grasped without too great difficulty in a clinical investigation (Schneider, 1958/1959, p. 134 - tilføjelse ved TØC).

Skizofrenibegrebet i det 20 årh. = en psykosesygdom

## Jaspers og Schneiders fingeraftryk (1)

ICD-10, DK = 1/1 1994



**Deskriptiv-fænomenologisk metode**

**Reliabilitet fremfor validitet**

## Jaspers og Schneider's fingeraftryk (2): De klassifikatoriske grupper i ICD-10

ICD-10, (WHO), 1994.	Kategori:
<b>F 0 Organiske psykisk lidelser</b>	<b>Organiske sindslidelser og tilstande</b>
<b>F 1 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkohol, psykoaktive stoffer eller medikamenter</b>	
<b>F 2 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizo-afektive psykoser</b>	<b>Psykotiske sindslidelser og tilstande</b>
<b>F 3 Affektive sindslidelser</b>	
<b>F 4 Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer</b>	<b>Neurotiske, psykofysiologiske og personlighedsforstyrrelses sindslidelser og tilstande</b>
<b>F 5 Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer</b>	
<b>F 6 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd</b>	
<b>F 7 Mental retardering</b>	
<b>F 8 Psykiske udviklingsforstyrrelser</b>	<b>Mental retardering, udviklingsforstyrrelser: Tilstande som sædvanligvis diagnosticeres i børne- og ungdomsårene</b>
<b>F 9 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens</b>	

## Jaspers og Schneider's fingertryk (3)

### ICD-10 diagnostiske kriterier for skizofreni

#### I: Symptomer

mindst ét førsterangssymptom  
*eller*  
vedvarende bizarre vrangforestillinger  
*eller*  
tilstedeværelse af mindst to af følgende  
a. vedvarende hallucinationer med non-  
affektive vrangforestillinger eller overlødige  
idéer  
b. sproglige tankeforstyrrelser  
c. katatone symptomer  
d. negative symptomer

#### II: Varighed

Det meste af tiden under en  
sygdomsepisode  
af mindst en måneds varighed

#### III: Eksklusionskriterier

Organisk eller psykoaktivt stofbetinget  
tilstand  
Samtidig tilstedeværende affektivt syndrom  
(skizoaffektiv sindslidelse)

- **Tredje-personshørehallucinationer**  
Kommenterende stemmer  
Diskuterende stemmer
- **Tankepåvirkningsoplevelser**  
Tankefradrag  
Tankepåføring  
Tankehørlighed  
Tankeudspredning  
Tankeekko
- **Styringsoplevelser**  
Påførte handlinger  
Påførte følelser  
Påførte viljesimpulser
- **Legemlige påvirkningsoplevelser**
- **Vrangagtige sansningsoplevelser**

- Træghed
- Sløvhed
- Affekt-affladning
- Initiativløshed
- Passivitet
- Sprogfattigdom
- Kontaktføringelse
- Manglende fremdrift eller interesser
- Tom eller formålsløs adfærd
- Indsunken i sig selv
- Social tilbagetrækning eller  
ensomhedssøgen

## **F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser**

- F20 Skizofreni**
- F20.0 Paranoid skizofreni**
- F20.1 Hebefren skizofreni**
- F20.2 Kataton skizofreni**
- F20.3 Uddifferentieret (blandet) skizofreni**
- F20.4 Post-skizofren depression**
- F20.5 Skizofren residual-tilstand**
- F20.6 Simpel skizofreni**
- F20.8 Skizofreni, anden type**
- F20.9 Skizofreni, uspecificeret**

**Forløbet kan specificeres ved et 4. ciffer:**

- .x0 Kontinuerlig**
- .x1 Episodisk med fremadskridende defekt**
- .x2 Episodisk med stabil defekt**
- .x3 Episodisk remitterende**
- .x4 Inkomplet remission**
- .x5 Komplet remission**
- .x8 Andet forløb**
- .x9 Forløb ubestemt, observationsperiode < 1 år**



## DSM-IV - diagnostiske kriterier for skizofreni

### **A Karakteristiske symptomer (aktiv fase symptomer)**

To flere\* af følgende gennem en måned (eller mindre hvis effektivt behandlet)

1. Vrangforestillinger
2. Hallucinationer
3. Desorganiseret tale
4. Kataton eller groft disorganiseret adfærd
5. Negative symptomer

\*Kun et symptom kræves, hvis vrangforestillingerne er bizarre eller hallucinationerne består af kommenterende eller diskuterende stemmer.

### **B Social/arbejds-mæssig dysfunktion**

### **C Varighed**

Vedvarende symptomer gennem mindst 6 måneder, hvoraf en med aktiv fase symptomer

### **D Eksklusionskriterier**

- Ingen affektive syndromer i forbindelse med aktiv fase symptomer, eller kun kortvarige affektive syndromer i forhold til hele forløbet
- Ikke betinget af fysisk sygdom eller psykoaktive stoffer
- Ved forud bestående autistisk udviklingsforstyrrelse kræves fremtrædende vrangforestillinger eller hallucinationer gennem mindst 1 måned (medmindre effektivt behandlet)

## Opsummerende

Skizofreni klinikken bygger på 4 antagelser  
– som sandsynligvis ikke er korrekte

1. Skizofreni er et kategorielt fænomen
2. Skizofreni har en ukendt organisk ætiologi
3. Psykotisk patologi har en central karakter og betydning ved skizofreni
4. Kognitive forstyrrelser har en perifer karakter og betydning ved skizofreni

### PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

Sæt cirkel omkring den valgte scoring (1 -7) for hvert item.

Følg item-definitioner og scoringsinstruks i scoringsmanual.

1 = ikke tilstede 2 = minimal 3 = mild grad 4 = moderat 5 = middelsvært 6 = svært 7 = ekstremt

#### POSITIV SUBSKALA

P1: Vrangforestillinger	1	2	3	4	5	6	7	
P2: Tankemæssig desorganisation	1	2	3	4	5	6	7	
P3: Hallucinatorisk adfærd	1	2	3	4	5	6	7	
P4: Excitation	1	2	3	4	5	6	7	
P5: Storhedsforestillinger	1	2	3	4	5	6	7	
P6: Mistænksomhed, forfølgelsesforestillinger	1	2	3	4	5	6	7	
P7: Fjendtlighed	1	2	3	4	5	6	7	Subtotal:_____

#### NEGATIV SUBSKALA

N1: Affektaffladning	1	2	3	4	5	6	7	
N2: Tilbagetrukkethed	1	2	3	4	5	6	7	
N3: Nødtørfte følelsesmæssige relationer	1	2	3	4	5	6	7	
N4: Passiv/apatisk tilbagetrukkethed	1	2	3	4	5	6	7	
N5: Vanskeligheder ved abstrakt tankegang	1	2	3	4	5	6	7	
N6: Mangel på spontanitet og samtaleformåen	1	2	3	4	5	6	7	
N7: Stereotyp tankegang	1	2	3	4	5	6	7	Subtotal:_____

#### SKALA FOR ALMEN PSYKOPATOLOGI

A1: Somatisk angst	1	2	3	4	5	6	7	
A2: Angst	1	2	3	4	5	6	7	
A3: Skyldfølelse	1	2	3	4	5	6	7	
A4: Anspændthed	1	2	3	4	5	6	7	
A5: Maner og kropsholdning	1	2	3	4	5	6	7	
A6: Depression	1	2	3	4	5	6	7	
A7: Motorisk hæmning	1	2	3	4	5	6	7	
A8: Manglende samarbejdsvilje	1	2	3	4	5	6	7	
A9: Usædvanligt tankeindhold	1	2	3	4	5	6	7	
A10: Desorientering	1	2	3	4	5	6	7	
A11: Manglende opmærksomhed	1	2	3	4	5	6	7	
A12: Mangel på dømmekraft og indsigt	1	2	3	4	5	6	7	
A13: Forstyrrelser i viljen	1	2	3	4	5	6	7	
A14: Dårlig impuls kontrol	1	2	3	4	5	6	7	
A15: Selvoptagethed	1	2	3	4	5	6	7	
A16: Aktiv social undvigelsesadfærd	1	2	3	4	5	6	7	Subtotal:_____

## **SKALA FOR POSITIVE SYMPTOMER (P)**

### **P 1. Vrangforestillinger**

Tanker, som er ubegrundede, urealistiske og idiosynkratiske, dvs. udtrykker en individuel særegenhed.

Vurderingen baseres på: Tankeindholdet, som det fremkommer under interviewet og tankeindholdets virkning på sociale relationer og adfærd.

1. Mangler - definitionen er ikke opfyldt.
2. Minimal - tvivlsomt patologisk. Kan være en ekstrem normalvariant.
3. Let - forekomst af en eller to vrangforestillinger, de er vage, ikke udkrystalliserede og forsvares ikke ihærdigt. Vrangforestillingerne påvirker ikke patientens tankegang, sociale relationer eller adfærd.
4. Moderat - forekomst af en broget samling af diffuse, vagt udformede, ikke stabile vrangforestillinger eller af nogle faste systematiserede, udformede, som af og til påvirker tankegangen, sociale relationer eller patientens adfærd.
5. Middelsvær - forekomst af talrige systematiserede vrangforestillinger, som patienten ihærdigt fastholder og som af og til påvirker tankegangen, patientens sociale relationer eller patientens adfærd.
6. Svær - forekomst af en stabil samling vrangforestillinger, som er udkrystalliserede, muligvis systematiserede, og som patienten ihærdigt fastholder og som klart påvirker patientens tankegang, sociale relationer og adfærd.
7. Ekstrem - forekomst af en stabil samling vrangforestillinger, som enten er højt systematiserede eller meget talrige, og som dominerer vigtige områder af patientens liv. Dette medfører ofte ikke adækvate, uansvarlige handlinger, som endog kan være til fare for patientens eller andres sikkerhed.

### **P2. Tankemæssig desorganisation.**

Desorganiseret tankeproces, karakteriseret ved brud på målrettethed, f.eks. omstændighed, bristende relevans, løse associationer, bristende sammenhæng, åbenlys ulogisk tale eller tankestop.

Vurdering baseres på: De kognitive verbale processer, sådan som de observeres under interviewet.

1. Mangler - definitionen er ikke opfyldt.
2. Minimal - tvivlsomt patologisk. Kan være en ekstrem normalvariant.
3. Let grad - tankegangen er omstændelig med bristende relevans eller paralogisk. Der er visse vanskeligheder ved at målrette tankerne, og nogle løse associationer fremkommer, når patienterne presses.
4. Moderat - klarer at fokusere tankerne, når kommunikationen er kortfattet og struktureret, men tankeprocessen opløses eller bliver irrelevant ved mere kompleks samtale eller ved minimal belastning.
5. Middelsvær - har generelle vanskeligheder ved at organisere sine tanker, hvilket bliver tydeligt på grund af ofte forekommende irrelevante svar, bristende sammenhæng og løse associationer, selv når patienten ikke presses.
6. Svær - tankegangen er afsporet i alvorlig grad, der er manglende indre konsistens, hvilket medfører svær mangel på relevans og splittet tankeproces, som er tilstede næsten konstant.
7. Ekstrem - tankeforløbet er så splittet, at patienten er helt usammenhængende. Der findes en høj grad af løse associationer, som totalt umuliggør kommunikation (ordsalat eller mutisme).

## **PANSS**

**3,(-4),(-5) skalaer:**

- **Positiv symptomatologi (subtotal: 7-49)**
- **Negativ symptomatologi (subtotal: 7-49)**
- **Almen (non-specifik) psykopatologi (subtotal: 16-112)**
- **Dominans/composite-skalaen: Differensen mellem Positiv symptomatologi og Negativ symptomatologi**
- **Disorganiseret symptomatologi (P2 & N5)**

### **Anvendelse:**

- **Krav til træning og klinisk erfaring**
- **Omfattende og udtømmende (symptomernes tilstedeværelse og sværhedsgrad)**
- **Reliabel og valid**
- **Behandlingsplanlægning**
- **Behandlingsevaluering**
- **Forløbsprædikator**
- **Forskning**

## **Det kategorielle versus det dimensionelle skizofrenibegreb:**

**Det kategorielle skizofrenibegreb versus  
det dimensionelle skizofrenibegreb**

**Den positive dimension eks. hallucinationer og  
vrangforestillinger (medial temporallap)**

**Den negative dimension eks. affektaffladning og  
initiativløshed (præfrontal cortex)**

**Den disorganiserede dimension eks. tankeforstyrrelser  
og bizar adfærd (gyrus cingularis anterior)**

**GOBSAT; konsensus & konvention**

**Det dimensionelle skizofrenibegreb giver nyt grundlag  
for den genetiske forskning**

## GAF – Global Assessment of Functioning

Symptomer:	Score:	Funktionsniveau:
Ingen symptomer	91 - 100	Strålende funktionsniveau inden for en lang række områder, mister aldrig overblikket over problemer, opsøges af andre på grund af mange positive kvaliteter.
Ingen eller meget lette symptomer (fx let eksamensangst)	81 - 90	Godt funktionsniveau på alle områder, interesseret og i gang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerende, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (fx et lejlighedsvist skænderi med en i familien).
Symptomer er forbigående og forventelige reaktioner på psykosocial belastning (fx koncentrationsvanskeligheder lige efter et skænderi i familien)	71 - 80	Ubetydelig, midlertidig og situationsbestemt nedsat social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx rent midlertidig bagud med skolearbejdet).
Nogle lette symptomer (fx let nedsat stemningsleje eller let søvnbesvær)	61 - 70	Nogle vanskeligheder med social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx lejlighedsvis skulken eller rapseri i hjemmet)
Moderate symptomer (fx affektaffladning, omstændelig tale, lejlighedsvis angstanfald)	51 - 60	Moderate vanskeligheder med social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (meget få venner, problemer med dem der skal samarbejdes med).
Alvorlige symptomer (fx selvmordstanker, svære tvangshandlinger)	41 - 50	Alvorlig forstyrrelse af social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (fx ingen venner, ude af stand til at bevare et job, hyppige butikstyverier).
Nogen forringelse i virkelighedsopfattelse, kommunikationsevne eller stemningsleje Talen er tidvis ulogisk, uklar eller irrelevant. Svigtende dømmekraft.	31 - 40	Større funktionssvigt på adskillige områder så som arbejde, skole eller familieforhold (fx undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).
Adfærden påvirkes i væsentlig grad af vrangforestillinger eller hallucinationer, eller der foreligger svær forringelse i kommunikationsevne eller dømmekraft (undertiden usammenhængende tale, svært uhensigtsmæssig adfærd, konstante selvmordstanker)	21 - 30	Manglende evne til at fungere inden for næsten alle områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).
Fare for at skade sig selv eller andre (fx suicidal forsøg uden klar forventning om at dø, ofte voldelig, manisk, stum eller konfabulerende)	11 - 20	Personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal personlig hygiejne (fx smører afføring ud)
Vedblivende fare for alvorlig voldelig eller selvdestruktiv adfærd (fx gentagne voldshandlinger), eller alvorlige selvmordsforsøg med klar forventning om at dø.	1 - 10	Permanent ophævet evne til at opretholde minimal personlig hygiejne
Tilstanden kan ikke bedømmes	0	Tilstanden kan ikke bedømmes

## **GAF - Global Assessment of Functioning Scale - instruktion**

Forsøg at betragte patientens psykologiske, sociale og arbejdsmæssige funktionsniveau på en kontinuerlig skala, der går fra tilstanden ved svær psykiatrisk sygdom og strækker sig til den bedst mulige funktion.

Medregn ikke symptomer og funktionstab på grund af fysiske eller miljømæssige begrænsninger.

Scoringen må ikke påvirkes af sekundære oplysninger som medikation og diagnose.

Ved skoringen kan anvendes **alle tal** mellem 0 - 100.

Der scores en værdi for symptomgrad og en værdi for funktionsniveau efter givende definitioner.

### **Generelle betragtninger:**

Skalaen angiver også graden af sundhed. De fleste mennesker befinder sig i området 65-85.

### Symptomscore:

- under 60: Behandling må overvejes.
- under 40: Psykosegrænse - hvis der er psykotiske symptomer, da er score under 40.
- under 30: Hospitalisering oftest nødvendig.
- under 20: Skærmet/lukket afdeling.

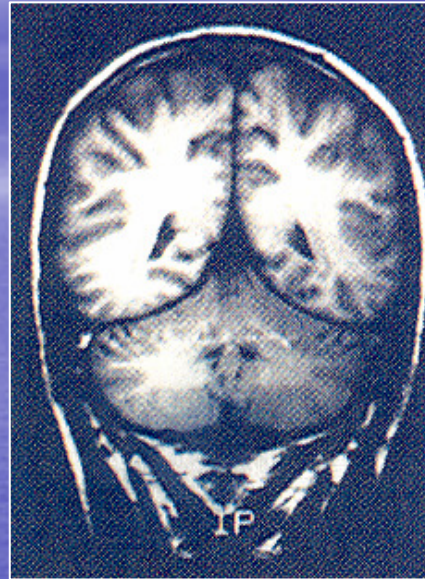
### Funktionsscore:

- under 50: Kan ikke arbejde, evt. førtidspension, men med god funktion på andre områder
- under 40: Funktionssvigt på flere end et område.

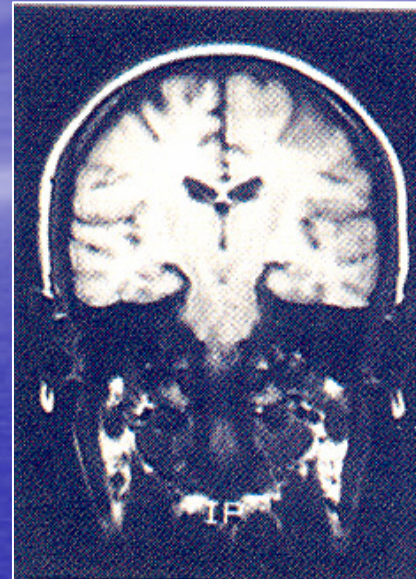


# Ventrikel forskelle blandt monozygotiske, diskordante tvillinger – MRI-billede

Raske

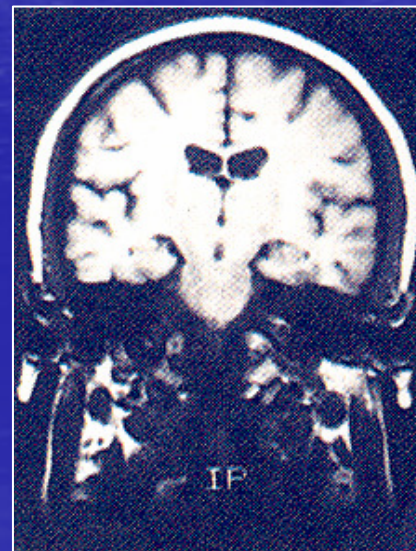
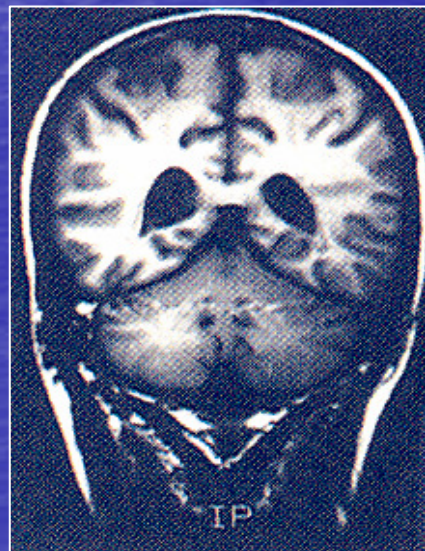


Mænd, 28 år



Kvinder, 35 år

Ptt. med  
skizofreni

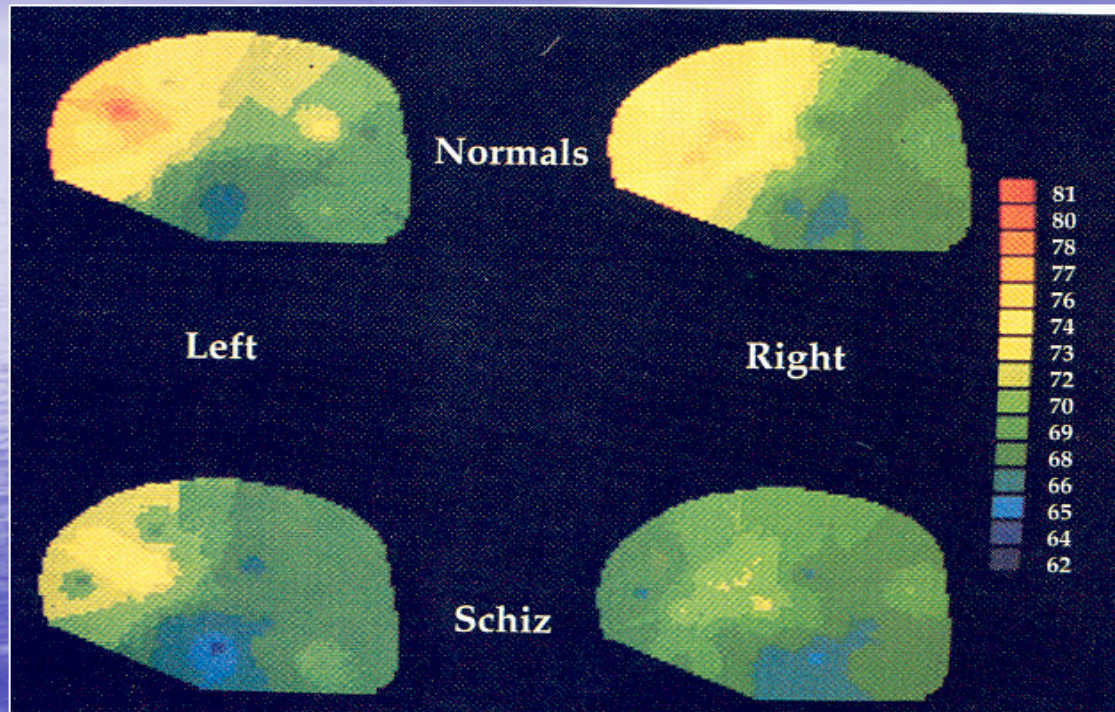


**Volumen er forøget i de ventrale ventrikler:  
Venstre 44%, Højre 36%.**

**Volumereduktion:**

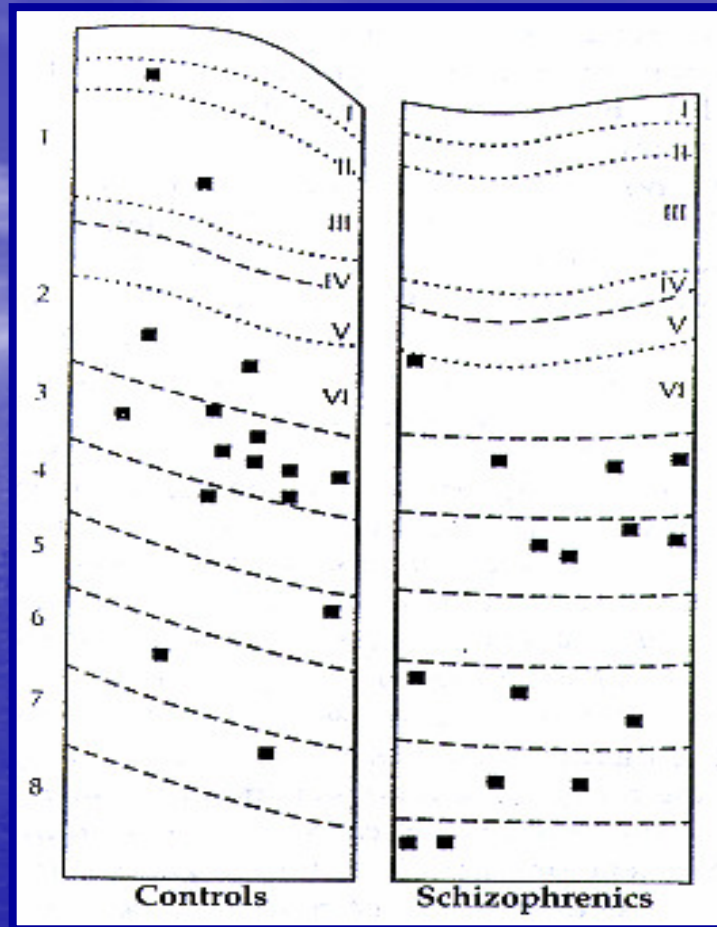
- **Hele Hjernen: 3 %**
- **Temporallappen: Venstre 6%, Højre 9.5 %**
- **Amygdala/hippocampus komplekset: Venstre 6.5%, Højre 5.5%**
- **Den grå substans er også reduceret, medens den hvide substans muligvis er forøget.**
  
- **Sandsynligvis er der ikke tale om en neurodegenerativ lidelse, men en neuro-udviklings lidelse.**

# Hypofrontalitet ved Skizofreni – PET.



(ved løsning af WCST)

# Cellulær disorganisering/ dyskonnektivitet i grå substans/korteks



”Kognitiv dysmetri”, Nancy Andreasen

# Neurokognitive dysfunktioner ved skizofreni – konklusioner fra 25 års forskning

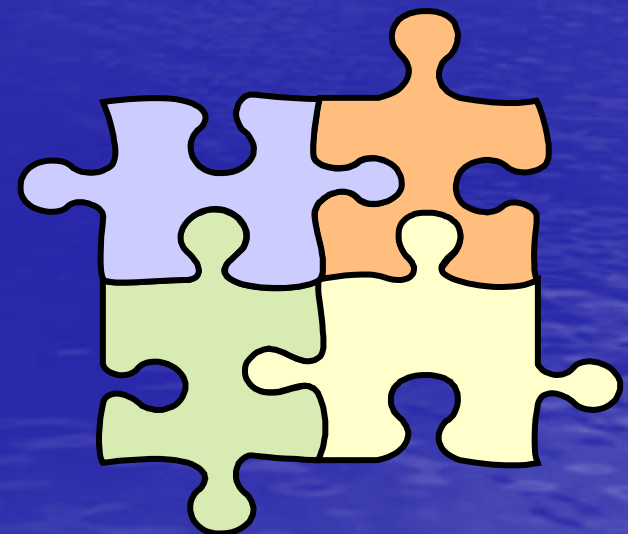
De neurokognitive dysfunktioner er relateret til

- ”præmorbid” funktion
- genetisk disposition

men er ofte uafhængige af

- uddannelsesniveaue
- sygdomsvarighed
- klinisk tilstand

**Obs! Heterogenitet**



## Neurokognitive dysfunktioner ved skizofreni – konklusioner fra 25 års forskning

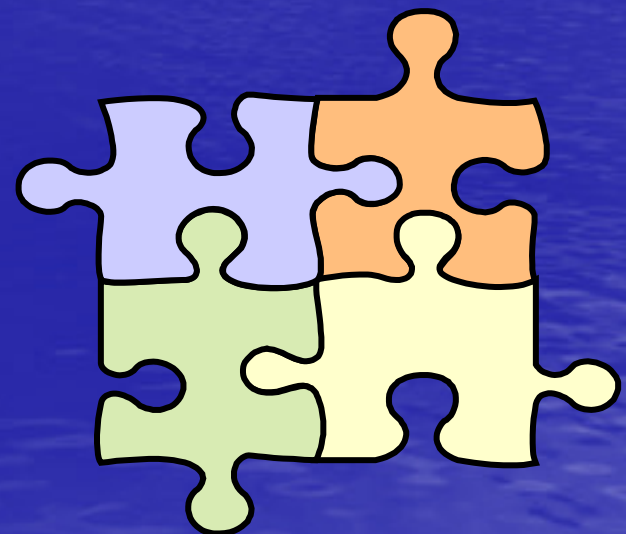
Ingen/ringe korrelation med **positive symptomer**  
(eks. Hallucinationer, vrangforestillinger)

Let/moderat korrelation med **disorganiserede  
symptomer** (eks. Tangentialitet, omstændelighed)

Moderat/stærk korrelation med **negative symptomer**  
(eks. Affektaffladning, social tilbagetrækning)

### Hypotese:

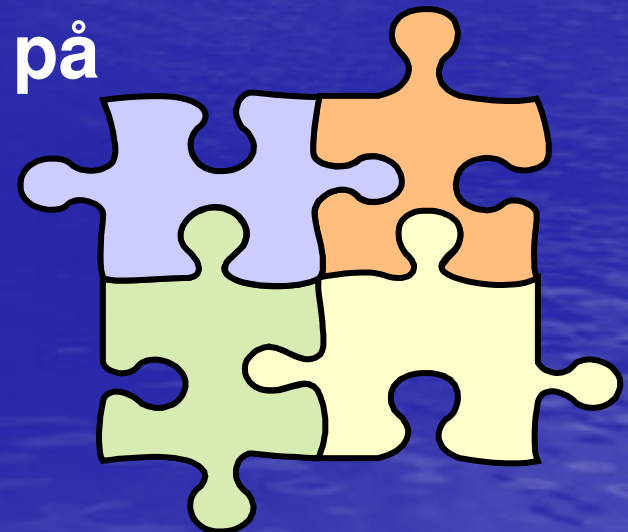
Dysfunktionerne og symptom-  
dimensionerne er relateret  
partielt distinkte patoneurologiske/  
- fysiologiske processer og strukturer



## Neurokognitive dysfunktioner ved skizofreni – konklusioner fra 25 års forskning

Patienter med skizofreni er globalt reducerede (gnst. 1,50 SD), men der er forskelle mellem domænerne

Formentlig er der forskellige profilgrupper. Omkring 25 % fremviser funktioner inden for normalområdet - sandsynligvis på baggrund af højt præmorbidt niveau



## Det kliniske kontinuum:

**Den milde ende:** Patienten med funktioner, som er tæt ved det præmorbide potentiale og/eller som har et overlap med den raske befolkning

**Den svære ende:** Patienten med funktioner, som er aldeles forskellige fra den raske del af befolkningen





## Den kliniske relevans \*) af de kognitive dysfunktioner ved skizofreni

\*)

- **Behandlingsplanlægning**
- **Rådgivning**
- **Prognosevurdering**



Metaanalyser af Michael Foster Green (1998, 2000, 2005):

- Funktionelt outcome korrelerer ikke med psykotisk symptomatologi
- Funktionelt outcome korrelerer moderat med negativ symptomatologi
- Funktionelt outcome korrelerer stærkt med dysfunktioner i neurokognitive funktioner

Fire kognitive dysfunktioner har særlige konsekvenser for patientens funktionelle prognose (jf. M.F. Green):

**EKSEKUTIV  
FUNKTIONERNE**

**VERBAL LANGTIDS-  
HUKOMMELSE**

**VEDVARENDE  
OPMÆRKSOMHED**

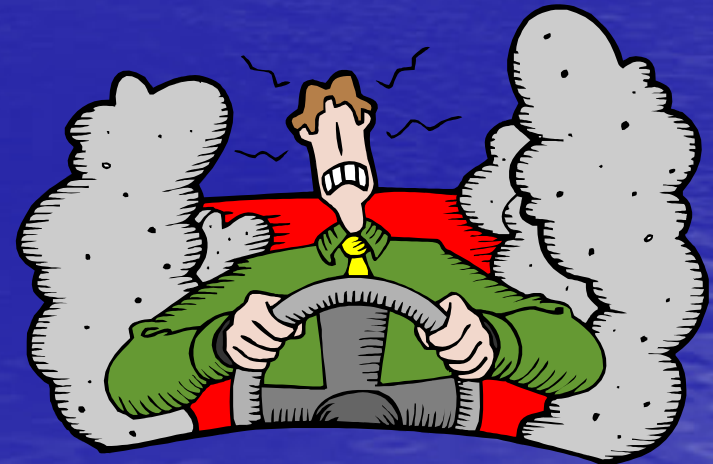
**ARBEJDS-  
HUKOMMELSE**

## Praktiske aspekter som vedrører de eksekutive funktioner:

- Hvordan kommer jeg til Hillerød?
  - Hvordan kan jeg følge med, når mine venner taler sammen?
  - Hvordan køber jeg ind til aftensmaden?
- 

## **EKSEKUTIV FUNKTIONERNE**

*Planlægning/strukturering monitorering og tilpasning af problemløsning*



## Langtidshukommelse generelt:

- Læring, lagring og reproduktion
  - Gentagelse og repetition
  - Genkaldelse vs. genkendelse
  - Semantisk vs. procedural hukommelse
- 

## VERBAL LANGTIDSHUKOMMELSE

*Episodisk hukommelse, "langtidshukommelse" for verbal/auditiv information i ca. 1 time*



Arbejdshukommelse i praksis = Brug-og-smid-væk-hukommelse:

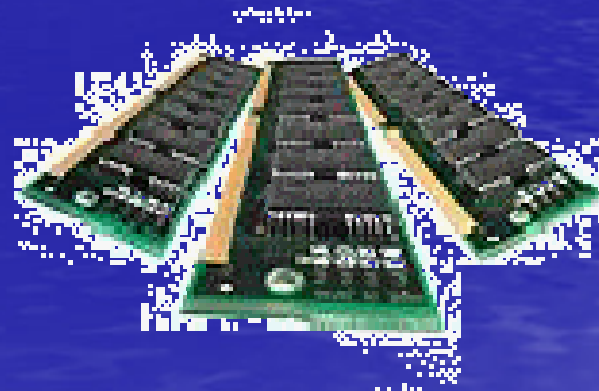
- Hovedregning
- Telefonnumre
- Korte beskeder

eller send informationen til langtidshukommelsen  
(=dybere bearbejdning)

---

## **ARBEJDS-HUKOMMELSE**

*Kortidshukommelse, umiddelbar hukommelse, "on-line-hukommelse"*



## Opmærksomhed generelt:

- Fokuseret opmærksomhed (tempo og præcision – *Trail A*)
  - Selektiv opmærksomhed (ignorering af distraktion)
  - Skiftende opmærksomhed (skift mellem forskellige stimuli)
  - Delt opmærksomhed (følge forskellige stimuli på samme tid)
- 

## **VEDVARENDE OPMÆRKSOMHED**

*Vigilance, kontinuerlig opmærksomhed, impulsaktivering/  
hæmning*



## **EKSEKUTIV FUNKTIONERNE**

*Planlægning/strukturering  
monitorering og tilpasning af  
problemløsning*

## **VERBAL L-T- HUKOMMELSE**

*Episodisk hukommelse, "langtids  
hukommelse" i ca. 1 time*

## **ARBEJDS-HUKOMMELSE**

*Kortidshukommelse, umid-  
delbar hukommelse, "on-line-  
hukommelse"*

## **VEDVARENDE OPMÆRKSOMHED**

*Vigilance, kontinuerlig opmærk-  
somhed, impulsaktivering/hæmning*

## **FUNKTIONELLE OUTCOME-MÅL:**

**PSYKOSOCIALE  
FUNKTIONER**  
- diverse

**SOCIAL  
PROBLEM-  
LØSNING**  
- laboratorium

**SOCIAL  
FÆRDIGHEDS-  
TILEGNELSE**  
- behandling

 Stærk prædiktion/korrelation

 Moderat prædiktion/korrelation

## **I forhold til patientens hverdag skal vi være opmærksom på at:**

- **Omfanget og karakteren af de kognitive dysfunktioner har afgørende psykosociale konsekvenser**
- **Dysfunktion ved verbal indlæring og hukommelse har særlige funktionelle konsekvenser**
- **De praktiske konsekvenser af de kognitive dysfunktioner afhænger af de psykosociale krav og betingelser**
- **De kognitive dysfunktioner er tæt relateret til informationsformidling**



**I forhold til patientens hverdag skal man være opmærksom på at:**

**Hjælpe patienten med at:**

- ✓ Reducere mulighederne for distraktion
- ✓ Gøre hverdagen overskuelig
- ✓ Undgå stressfyldte situationer

**Ved at opfordre og medvirke til at:**

- ✓ Slukke for tv'et/computeren
- ✓ Skabe rutiner
- ✓ Bruge kalender
- ✓ Bruge dagbog
- ✓ Tale langsom og tydelig

# Hvad kan der ellers gøres ?

## *Farmakologisk behandling*

Forskellige SGA har vist sig at forbedre forskellige aspekter ved kognitionen blandt patienter med skizofreni.

Effektstørrelserne har været mellem **små til moderate**.

*Bilder RM, Goldman RS, Volavka J, Czobor P, Hoptman M, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy J, Kunz M, Chakos M, Cooper TB, Horowitz TL, Lieberman JA. (2002) Neurocognitive effects of Clozapine, Olanzapine, Risperidone, and haloperidol in patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder. American Journal of Psychiatry. 159. 1018-1028.*

# Hvad kan der ellers gøres ?

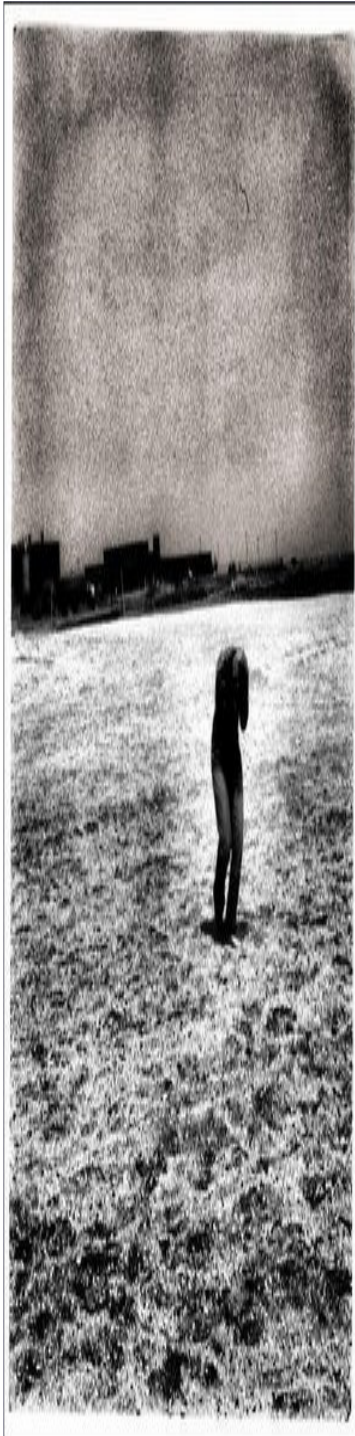
## *Kognitiv træning/rehabilitering*

Meta-analyse: Af **12 studier** finder en gennemsnitlig vægtet effektstørrelse på 0.45 (95 % konfidensinterval fra 0.26 til 0.64), hvilket peger på **en lille til moderat effekt af kognitiv rehabilitering**. Der anbefales longitudinelle designs samt mere virkelighedsnære outcome-mål i fremtidige studier.

*Krabbendam & Aleman (2003) Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology. 169, 376-382.*

De bedste resultater opnås, hvis kognitiv træning kombineres med praktisk/-arbejds træning.

*Bell et al. (2001) Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Archives of General Psychiatry, 58, 763-768.*



## **Det medicinske skizofrenibegreb i det 21 årh.**

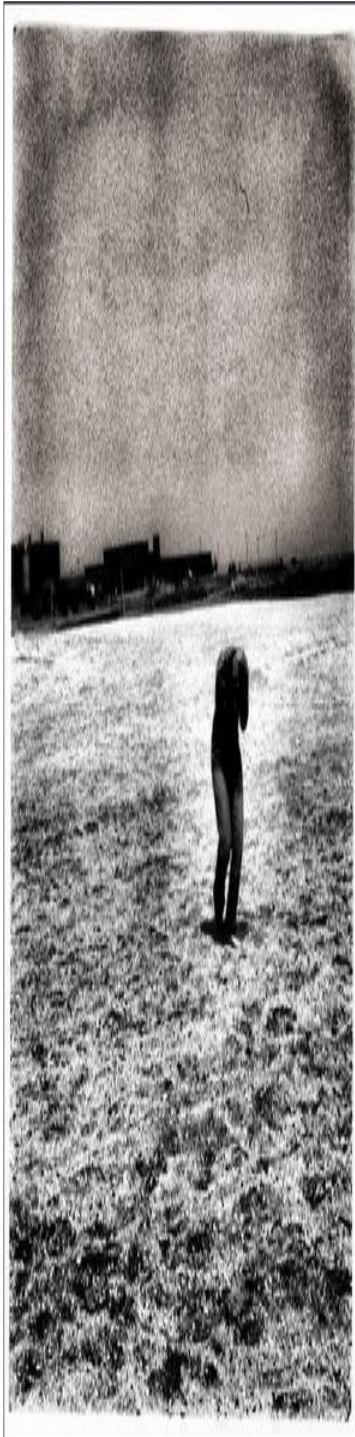
**Evidensbaserede principper for udredning og behandling:**

**Referenceprogrammet for skizofreni**

<http://www.sst.dk/publ/Publ2004/RefprogSkizo.pdf>

**Det Nationale Indikator Projekt for skizofreni**

<http://www.nip.dk/>



**Det medicinske skizofrenibegreb i det 21 årh.**

***Your broken brain  
My broken heart...  
- amerikansk moder til  
datter med skizofreni***